

Nuevas reglas de juego  
para la atención médica  
en la Argentina

# ¿Quién será el árbitro?



Susana  
Belmartino

## SERIE SALUD COLECTIVA

*El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*  
Lilía Blima Schraiber, 2019

*Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*  
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

*Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*  
Eduardo L. Menéndez, 2020

*Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*  
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

*Pensar en salud*  
Matio Testa, 2020

*Adiós, señor presidente*  
Carlos Matus, 2020

*Método Paideia: análisis y gestión de colectivos*  
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

*Gestión en salud: en defensa de la vida*  
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

*Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*  
Jairnilson Silva Paim, 2021

*Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina*  
Sonia Fleury, 2021

*Teoría del juego social*  
Carlos Matus, 2021

*La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*  
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

*Salud: cartografía del trabajo vivo*  
Emerson Elías Merhy, 2021

*Sentir, jugar, hacer, pensar: la acción en el campo de la salud*  
Hugo Spinelli, 2022

*Saber en salud: La construcción del conocimiento*  
Matio Testa, 2022

*El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante*  
Carlos Matus, 2022

*La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)*  
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

*Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva*  
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcelos-Silva, 2022

*Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*  
Patricia Aguirre, 2023

*La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*  
Rosana Onocko Campos, 2023

*El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo*  
Eduardo Bustelo, 2023

*De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera*  
Maria Cecilia de Souza Minayo, 2023

*Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*  
Gregorio Kaminsky, 2023

*Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud*  
Mario Testa, 2023

*Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente*  
Naomar de Almeida Filho, 2023

*Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*  
Túlio Batista Franco, Emerson Elías Merhy, 2023

*Teoría social y salud*  
Roberto Castro, 2023

*Participación social, ¿para qué?*  
Eduardo L. Menéndez, Hugo Spinelli, 2024

*Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes*  
Eduardo L. Menéndez, 2024

*Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología*  
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

*Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*  
Sandra Caponi, 2024

*Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: Contribuciones de la antropología médica crítica*  
Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia, 2024

*Meningitis: ¿una enfermedad bajo censura?*  
Rita Barradas Barata, 2024

*Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil*  
Mario Bronfman, 2024

## SERIE CLÁSICOS

*Política sanitaria argentina*  
Ramón Carrillo, 2018

*Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*  
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

*Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo*  
Josué de Castro, 2019

*La salud mental en China*  
Gregorio Bermann, 2020

*La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*  
Giovanni Berlinguer, 2022

*Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*  
Madel T. Luz, 2022

*Hospitalismo*  
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

*Historia y sociología de la medicina: selecciones*  
Henry E. Sigerist, 2024

*Teoría social y salud*  
Floreale Antonio Ferrara, 2024

## SERIE TRAYECTORIAS

*Vida de sanitarista*  
Mario Hamilton, 2021

## SERIE DIDÁCTICA

*Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*  
Marcelo Luis Urquía, 2019

*Método Altadir de planificación popular*  
Carlos Matus, 2021

*Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita*  
Viviana Martinovich, 2022

*pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica*  
Martín Domeccq, 2022

*Investigación social: Teoría, método y creatividad*  
María Cecilia de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

*Introducción a la epidemiología*  
Naomar de Almeida Filho, Maria Zélia Rouquayrol, 2023

## SERIE INFORMES TÉCNICOS

*Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014*  
Instituto de Salud Colectiva, 2020

# Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro?

*Susana Belmartino*



**EDUNLA**  
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Belmartino, Susana

Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina : ¿Quién será el árbitro? / Susana Belmartino. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo ; 52)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8926-76-6

1. Atención Médica. 2. Seguro de Salud. 3. Administración en Salud Publica. I. Título. CDD 613

Colección *Cuadernos del ISCo*  
Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Carina Pérez, Jorge Arakaki, Mariano Vigo Deandreis*

Coordinación editorial de esta obra: *Mariano Vigo Deandreis*

Ilustración de tapa: *Francescoch*

Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*

Corrección de estilo: *Mariano Vigo Deandreis*

Diagramación: *Ivana Leiva Baldis*

Edición 1999, Lugar Editorial

© 2024, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-76-6

DOI [10.18294/CI.9789878926766](https://doi.org/10.18294/CI.9789878926766)

La edición de este libro fue financiada por la Universidad Nacional de Lanús a partir de la Resolución SPU 329/23 y su rectificatoria SPU 394/23 que aprueban y asignan los fondos otorgados por el Programa de Doctorados, de la Dirección Nacional de Programas de Ciencia y Vinculación Tecnológica (DNPCyVT), de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) del Ministerio de Educación de la Nación, 2023.

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. [edunla@unla.edu.ar](mailto:edunla@unla.edu.ar)

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Wertheim"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

# Índice

<b>Presentación</b>	V
<b>Capítulo 1. La cuestión de la regulación</b>	1
<i>La regulación de los sistemas de servicios de salud</i>	3
<i>Los cambios en la mediana duración</i>	8
<i>Problemas de conceptualización en torno de instituciones y reglas de juego</i>	14
<i>El Estado como instancia de regulación</i>	16
<i>La regulación de la empresa sobre su ambiente interno y externo</i>	33
<i>El mercado de atención médica como instancia de regulación</i>	39
<i>El desafío de la síntesis</i>	46
<b>Capítulo 2. La trama conceptual aportada por la sociología de las profesiones</b>	49
<i>El estudio de las profesiones: Principales antecedentes</i>	50
<i>La cuestión de la definición</i>	55
<i>El proceso de profesionalización de la medicina</i>	61
<i>Los fundamentos del poder de la profesión médica</i>	71
<i>Los desafíos que enfrentan las profesiones en el fin de siglo</i>	85
<i>Algunas precisiones provisorias</i>	104
<b>Capítulo 3. Concepción y práctica del managed care en EEUU</b>	107
<i>Introducción</i>	107
<i>Antecedentes cercanos y modalidades en vigencia</i>	110
<i>Los orígenes</i>	115
<i>La construcción de referentes conceptuales: primeros bordajes</i>	126
<i>La búsqueda de mayor capacidad explicativa: Ampliación del enfoque teórico</i>	136
<i>Transformaciones recientes en las organizaciones de managed care: Las tendencias a la integración</i>	146
<i>Un intento de sistematización parcial</i>	162
<b>Capítulo 4. La reforma de la atención médica: Aproximación al concepto</b>	167
<i>La reforma en un contexto de cambios más amplios</i>	167
<i>Dos olas de reforma</i>	169
<i>Un recorte sesgado del debate sobre reforma</i>	172
<i>Modelos de organización</i>	188
<i>Nuevamente la regulación</i>	193
<b>Capítulo 5. El proceso de reforma en Argentina</b>	195
<i>Delimitación del problema</i>	195
<i>El escenario donde emergió la reforma</i>	198
<i>Primera parte: El proceso de reforma</i>	200
<i>Segunda parte: Las transformaciones producidas en el sistema de servicios</i>	220
<i>La estructura de sistemas de servicios de salud</i>	221
<i>Regulación del sistema de servicios</i>	238
<i>Resultados de la reforma</i>	243
<b>Bibliografía</b>	247



## Susana Belmartino

Susana Belmartino (1936-2015) se graduó como profesora y licenciada en Historia por la Universidad Nacional de Rosario y cursó un Doctorado en Humanidades en la Universidad de Aix Marseille, Francia. Entre 1979 y 2003 fue investigadora del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de la Asociación Médica de Rosario. En esa misma institución, fue secretaria de redacción de la revista *Cuadernos Médico Sociales*, entre 1990 y 2003. En 1985 concursó la Cátedra de Historia Argentina Siglo XX en la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario, en la que se desempeñó como titular hasta junio de 2008. En esa

misma universidad, fue investigadora del Consejo de Investigaciones (CIUNR); directora por concurso del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Humanidades y Artes entre 1990 y 1994 y directora de la Maestría en Salud Pública, dependiente del Centro de Estudios Interdisciplinarios (C.E.I.) entre 1995 y 1999. Fue docente de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (MEGyPS) desde sus inicios, en el año 1998, y del Doctorado en Salud Colectiva del Instituto de Salud Colectiva (ISCo), dependiente de la Universidad Nacional de Lanús. En los últimos años de su vida, donó al Centro de Documentación "Pensar en Salud" (CeDoPS) del ISCo las fichas temáticas manuscritas utilizadas en sus trabajos de investigación, además de libros, documentos y revistas sobre los servicios de atención médica y las políticas de salud a lo largo del siglo XX. Con todo este material se conformó el Fondo Documental Susana Belmartino, con el propósito de preservar su legado, digitalizarlo y ponerlo a disposición de otros investigadores.

Autora de libros y artículos científicos, Belmartino dedicó sus primeras obras a la construcción de una historia de los sistemas de servicios de salud en Argentina y el gremialismo médico. Más tarde, se ocupó de analizar la crisis que afectó al financiamiento y la provisión de atención médica y los intentos de reforma generados en la década de 1990. Ya en la primera década de este siglo, se abocó al análisis comparado de diferentes procesos de reforma a nivel internacional y dedicó especial atención al recorrido de las profesiones médicas en Argentina y EEUU. Entre los libros de su autoría, se encuentran *La atención médica Argentina en el siglo XX: Instituciones y procesos* (2005); *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿Quién será el árbitro?* (2024); *Historias comparadas de la profesión médica. Argentina y EEUU* (2024); *Corporación médica y poder en salud: Argentina, 1920-1945* (en coautoría, junto a Carlos Bloch, Ana Virginia Persello y María Isabel Carnini); *Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación* (junto a Carlos Bloch, Irene Luppi, Zulema T. de Quinteros y María del Carmen Troncoso); *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud: Argentina 1940-1960* (junto a Carlos Bloch, María Isabel Carnino y Ana Virginia Persello); *El sector salud en la Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985* (junto a Carlos Bloch y la Organización Panamericana de la Salud); y entre los artículos científicos, destacan en la revista científica *Salud Colectiva*, "Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX"; "La reforma de la atención médica de la administración Obama: dificultades para un acuerdo similar en Argentina"; "Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años '40"; "Una década de reforma de la atención médica en Argentina".



# Presentación

Este libro se sostiene en la pretensión —sin duda ambiciosa, probablemente excesiva— de proporcionar insumos para el debate sobre la reforma de la atención médica en la Argentina. El único atenuante que puede alegarse en su defensa es que en su contenido no se ha organizado sobre normas, fundamentos o principios, posicionamientos ideológicos u opiniones personales —las tradicionales formas de explicitación del *deber ser* cuando se discuten instituciones de salud— sino en torno del interés por recoger, sistematizar, difundir información sobre experiencias y debates afines fuera de las fronteras de la Argentina.

No se pretende, sin embargo, presentar la cuestión de la información como una herramienta neutra. Todo lo contrario: las cuestiones aquí presentadas procuran organizar un argumento. Sin embargo, se trata de un argumento a construir, un libreto que todavía no puede ser escrito, un paisaje borroso en el que todavía no pueden diferenciarse netamente los colores y las formas.

Para construir ese argumento he seleccionado algunos materiales, de manera en parte intencional, en parte azarosa. El componente intencional surge de la formulación de una hipótesis ordenadora que en seguida explicitaré. El componente de azar se basa en que la sistematización de información solo puede aprovechar lo que ya está disponible: en el campo de conocimiento en el que el agente se mueve, en las corrientes de ideas que lo alimentan, en un determinado recorte de espacio y tiempo y, fundamentalmente, en la capacidad del agente para descubrirlo, encuadrarlo, articularlo de manera relativamente convincente.

Como materia prima para construir ese argumento he elegido en consecuencia algunos materiales que por ahora solo se vinculan de manera relativamente laxa. Es probable que un número importante de lectores concluya que no se vinculan de ningún modo. Si eso sucede habré fracasado en mi intención de estimularlos a construir este particular argumento, ya sea conmigo compartiendo mi hipótesis, o en paralelo a mi trabajo, utilizando los mismos materiales en una interpretación diferente, cuestionando o matizando su validez y formulando alternativas.

Los materiales elegidos son también relativamente heterogéneos: no todos hablan de lo mismo, no se ubican en el mismo nivel de análisis, no dan cuenta de un solo campo de conocimiento y en buena medida remiten tanto a conceptos como a experiencias concretas, históricas y situadas. Conforman en apariencia un *patchwork* muy poco trabajado y decididamente tosco, una imagen formada por adición de diferentes fragmentos de una media docena de rompecabezas.

La expectativa es justificar a lo largo del libro los criterios —en la medida en que pueden ser intencionales— de selección de esos materiales. Esa justificación requiere solamente demostrar que son adecuados para construir un argumento entre varios posibles. Adecuados y necesarios, seguramente no suficientes. Demostrar que un argumento puede construirse a partir de ellos, aunque el argumento aquí esbozado no resulte a todos convincente.

Entre esos materiales se cuenta una interpretación de las transformaciones de nuestro sistema de servicios de atención médica en las últimas décadas; un rastreo de experiencias y debates que se desarrollan más allá de nuestras fronteras pero tienen alguna vinculación con tales transformaciones; la recuperación de algunos registros innovadores en el campo de las ciencias sociales que no fueron elaborados para aplicar específicamente al campo de la atención médica pero pueden iluminar algunas de sus aristas; y también de una suerte de estado de la cuestión en el campo de la sociología de las profesiones en general y en el análisis del desarrollo histórico de la medicina en particular.

De tales materiales el único que presenta un cierto nivel de elaboración personal es el relacionado con las transformaciones del sistema de servicios en nuestro país. Aquí no se trata de solo presentar información disponible: esa información ha sido seleccionada, ordenada y trabajada con la intención de llegar a una interpretación, de poder formular una hipótesis. El resultado de esa tarea se incorpora como un capítulo; en su desarrollo se apuesta a organizar una demostración convincente de la capacidad explicativa de esa hipótesis, que constituye a la vez el fundamento de la selección de los materiales aquí reunidos, el eje del argumento que quiero construir.

Si esa hipótesis resultara validada podría proporcionar una adecuada herramienta de análisis para abordar un material de estudio que resulta difícil de sistematizar por su complejidad, fragmentación y vinculación con diferentes lógicas de la práctica social: políticas, económicas, culturales, simbólicas, de poder, de conflicto, de construcción de proyectos, de elaboración de ideologías. Ese es el primer interés de sistematización del argumento que propongo: organizar sobre sus conclusiones una herramienta de análisis en condición de dar cuenta de ese objeto que a primera vista parece muy difícil de aprehender.

Mi hipótesis en relación con las transformaciones del sistema de servicios de atención médica en la Argentina puede formularse con relativa sencillez, aunque condensa una porción sustantiva del pensamiento —y el debate— en las ciencias sociales contemporáneas. Quiero defender la idea de que tales transformaciones pueden ser pensadas —y comprendidas— como consecuencia de *cambios en las instancias y mecanismos de regulación* del sistema de servicios. Esa hipótesis, de orden conceptual, destinada a caracterizar las coordenadas del cambio, puede ser complementada con una hipótesis operativa, vinculada a que toda propuesta de reformulación de ese sistema debe definir *nuevas instancias y mecanismos de regulación que establezcan incentivos y normas adecuados a los objetivos a alcanzar*, y por una hipótesis política, tomada de la obra de Douglass North, referida a que el cambio institucional es una actividad fundamentalmente política destinada a construir *nuevas reglas de juego*.

Para desarrollar esa hipótesis, para ampliarla, enriquecerla, sistematizarla y convertirla en instrumento de análisis, he seleccionado los restantes materiales que conforman este libro. Las razones de esa selección no son evidentes, ni se justifican de manera directa. Como ya señalé, está fundada en parte en la intención, en parte en el azar construido por complejas coordenadas de espacio y tiempo. Mi objetivo por el momento, como he señalado, no es elaborar un argumento acabado, sino iniciar un debate sobre la utilidad de su construcción.



¿Cómo se demostraría esa utilidad? A mi criterio solo podría afirmarse si las hipótesis aquí presentadas o cualesquiera otras elaboradas como consecuencia de su lectura, fueran útiles para transformar esa herramienta de análisis en un mecanismo de intervención. Si a partir del mejor conocimiento de las lógicas de funcionamiento del sistema —que serían las lógicas que ordenan sus instancias y mecanismos de regulación— fuera posible incidir en su transformación, construir otras lógicas, desarrollar nuevas reglas de juego con capacidad de reordenar las relaciones entre sus agentes.

El lector que después de esta introducción todavía se sienta tentado a ingresar en el laberinto encontrará un primer capítulo dedicado a abordar la *cuestión de la regulación*. Es el texto menos trabajado de los que constituyen este libro: en él he simplemente yuxtapuesto diferentes abordajes del problema —no cualesquiera, sino algunos que me parecen dotados de particular capacidad de convocatoria para la tarea a la que supuestamente servirán— diferenciando solamente según su orientación teórica en el interior de las ciencias sociales y, en forma tentativa, la instancia de regulación a la cual se aplica. El capítulo cierra con una reflexión a la vez entusiasta y poco esperanzada. El entusiasmo surge de descubrir innumerables líneas de continuidad entre economía y política, múltiples ecos que asocian la elaboración teórica con la experiencia histórica, significativas posibilidades de sistematizar el objeto final de trabajo (histórico y situado) con los aportes de la reflexión producida para otras realidades, no procurando las líneas de desarrollo comunes sino buceando en el porqué de las diferencias, en las razones de la afirmación de una u otra alternativas. El desaliento se alimenta del mismo material que la esperanza: la dificultad de integrar entre registros y niveles, la enorme tarea por delante para quienes queremos iluminar tan solo un aspecto de la abrumadora realidad política y social que nos rodea.

Un segundo capítulo identifica un objeto en el interior del problema de la regulación, en una selección que no es ni azarosa ni ingenua. Su contenido utiliza una disciplina de tradición reconocida, la sociología de las profesiones, para abordar el problema de los fundamentos sociales del poder detentado por la profesión médica en la regulación de las condiciones de su práctica. El cuestionamiento a ese poder constituye, como bien se sabe, uno de los fundamentos de los actuales procesos de reforma de la atención médica.

Eduardo Menéndez nos hablaba hace veinte años de una crisis del modelo médico hegemónico. Esa crisis parece haber llegado a su clímax hace más de diez años y todavía no se ha cerrado el debate sobre las opciones para superarla. Cualquiera de ellas, sin embargo, contendrá probablemente intervenciones sobre ese poder tradicionalmente reconocido al profesional médico en su relación con el paciente, en aras de la eficiencia, de la contención de costos, de la concentración del poder de empresarios y financiadores, de una mejor respuesta a las necesidades y expectativas del paciente, del convencimiento de las organizaciones profesionales acerca de la necesidad de cambiar para seguir prevaleciendo.

La utilidad de la sociología de las profesiones como herramienta para dilucidar esos dilemas radica —en mi opinión— en sus fuertes raíces históricas y en la

importancia otorgada a los contenidos institucionales en el análisis de los procesos de profesionalización. El debate se ha focalizado hasta hace muy pocos años en las causas y condiciones de la afirmación del poder profesional en las últimas décadas del siglo XIX y los comienzos del XX. Sus estudiosos se enfrentan contemporáneamente al nuevo desafío de conocimiento que plantea el agotamiento de las bases sociales, políticas y organizacionales de ese poder. Los viejos y nuevos interrogantes se vinculan a historia y cambio. Mi ambición es ubicar en las mismas coordenadas los interrogantes a plantear sobre el futuro de la atención médica en la Argentina.

El capítulo tercero aborda el desarrollo histórico de las organizaciones de *managed care* en los EEUU. Las razones de su inclusión son complejas: en primer lugar, surgen de una reacción frente a la recepción —en parte reduccionista, en parte simplificadora— que han tenido esas nuevas formas organizativas por parte de muy respetables analistas, tanto en la Argentina como en otros lugares de América latina. El engendro suele ser exorcizado sin otorgarle derecho a defensa. Peor aún, su cuestionamiento no se funda sobre la realidad; surge de la utopía.

Los mecanismos de *managed care* no corporizan —de eso no hay dudas— el ideal de universalidad que esperábamos concretar en algún futuro para nuestros servicios de salud; mucho menos se fundamentan en los principios de igualdad y solidaridad que defendimos convencidos como únicas reglas de juego aceptables para nuestras políticas de bienestar. Pero eso no basta para abordarlos como el enemigo. No fue su penetración la razón de nuestro fracaso; fue nuestro fracaso —reiterado, consistente, no reconocido— el que permitió su penetración.

Ahora que forman parte de nuestra realidad cotidiana presente podría pensarse que el mejor camino es intentar comenzar a conocerlos. Esa intención, decididamente pragmática, es la segunda razón que reconozco para incorporarlos a mi argumento. Y una vieja y arraigada deformación profesional me induce a creer que la mejor manera de conocer un objeto es desentrañar su historia. A eso me dedico en el tercer capítulo de este libro: a desentrañar la historia del *managed care* en EEUU.

A mi criterio se trata de una historia apasionante, y llena de moralejas. Algunas explícitas, otras por develar. La primera en importancia, a mi juicio, es la versatilidad de esta modalidad organizativa para adaptarse a muy diferentes ambientes institucionales y servir a objetivos no siempre coincidentes. Esta moraleja es importante, porque nos permitirá rechazar el supuesto ingenuo de que la aplicación del *managed care* en la Argentina instalará entre financiadores y proveedores de servicios de atención médica las mismas reglas de juego que construyeron las HMO (*health maintenance organizations*) en EEUU. No solo hay diferencias importantes en los incentivos y expectativas construidos por los mecanismos de *managed care* en su país de origen y en el nuestro; también en EEUU la historia de este mecanismo de regulación fue una historia de modificaciones y adaptaciones.

La tercera razón es especulativa y se vincula con el hecho de considerar a las formas organizativas basadas en *managed care* como mecanismos de regulación de los servicios de atención médica. Esto permite recuperar operativamente algunos conceptos que nos brindan las diferentes escuelas que se ocupan de la cuestión de la regulación. Permite instalar el análisis a nivel meso y micro, permite ver las

formas organizativas como instancias de gobernación, permite pensar la posibilidad de adecuar mecanismos de regulación a objetivos socialmente definidos; permite intentar el salto al vacío que supone tratar de integrar economía y política.

A continuación, en el cuarto capítulo, comienzo a preparar un escenario posible para ubicar las alternativas de la reforma de la atención médica en la Argentina. Incorporo en ese texto una apretada perspectiva de los problemas abordados en el debate sobre iguales transformaciones producidas a nivel internacional. No se trata de un abordaje exhaustivo, sino solamente de un punteo de temas que considero importante contrastar con la experiencia argentina. Entre tales perspectivas otorgo espacio significativo —en un abordaje que reconozco sesgado— a la propuesta de *managed competition* elaborada por Alain Enthoven y a la importancia primordial que en la misma se otorga a la gestión de información. La organización del material sobre reforma sigue las líneas divisorias que —lamentablemente— delimitan los trabajos de donde fue extraído, construyendo registros diferentes para abordar economía y política. La integración disciplinaria es todavía una asignatura pendiente, no solo en el campo de la atención médica sino también en múltiples objetos de estudio en el interior de las ciencias sociales contemporáneas. A mi criterio constituiría también un esfuerzo necesario y productivo integrar los diferentes niveles de análisis en una lectura que descubra los mecanismos mediadores que los vinculan. Poco de esto se ha logrado en el terreno de la reforma de la atención médica y, lamentablemente, dada la creciente especialización disciplinaria, no parecen vislumbrarse posibilidades ciertas de concretar avances en el corto plazo.

El último capítulo está dedicado a sistematizar el proceso de reforma en la Argentina. En este punto, muy a mi pesar, he debido despojarme del componente histórico, núcleo significativo de mi anterior producción en salud. Razones de espacio me obligan a suponer que el lector conoce mis argumentos sobre los procesos históricos de construcción de lo que he caracterizado como un *pacto corporativo* en el interior del sector salud, y la posible periodización que he elaborado para ubicar sus momentos de emergencia, consolidación y agotamiento. En el texto aquí incorporado me limito al proceso desarrollado a partir de la década de 1990. No polemizo con el concepto de reforma, tan solo describo los procesos de cambio, intentando mostrar cómo se construyeron nuevas reglas de juego en el triple conjunto de relaciones que ordenan el sistema de servicios: entre pacientes y proveedores, entre población y financiadores, entre financiadores y proveedores.

La expresión reglas de juego resulta a mi criterio decididamente útil para problematizar las cuestiones pendientes en la reforma del sector: en primer lugar, es una expresión que no se asocia con campos disciplinarios específicos; en segundo término, puede aplicarse sin producir confusión o incertidumbre en los diferentes niveles de análisis; por último, permite introducir en el debate intelectual y político sobre el futuro de los servicios de salud en la Argentina una pregunta a mi criterio clave: ¿quién será el árbitro?

Quiero también aprovechar este espacio para agradecer la generosa y desinteresada hospitalidad que durante más de veinte años ha brindado a mi investigación la Asociación Médica de Rosario. Tanto sus dirigentes como su personal técnico y

administrativo me han favorecido con su apoyo, su cordialidad, su respeto a mi independencia de criterio, en un clima de trabajo de características excepcionales.

En ese marco quiero también expresar mi agradecimiento a Carlos Bloch, director del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, compañero de inquietudes, reflexión, producción y debates en ese mismo lapso. Lector inteligente y crítico informado, dedicó generosamente su tiempo a la lectura de los primeros borradores de este libro. Sus observaciones contribuyeron a eliminar algunas de las debilidades presentes en el texto, de las que subsistan debo reconocerme como única responsable.

# Capítulo 1

## La cuestión de la regulación

La cuestión de la regulación ha sido abordada por diferentes disciplinas en el interior de las ciencias sociales, correspondiendo sin duda la primacía a la economía y la ciencia política. Puede suponerse que esto ha sido así en parte a partir del preconcepto en torno de la existencia de dos instancias excluyentes de regulación de las relaciones sociales: Estado y mercado.

Si se define el problema en los términos más amplios posibles, abordando la regulación como el conjunto de los mecanismos destinados a la conservación del orden social, incluyendo la coordinación de la actividad económica, la gestión de conflictos, la asignación de recursos y el establecimiento de normas destinadas a orientar las prácticas de diversos agentes sociales, defender bienes o valores sociales prioritarios y desalentar o sancionar posibles conductas desviadas, es posible identificar diferentes vertientes ocupadas de su estudio, no siempre utilizando los mismos vocablos, pero en todos los casos en referencia a la existencia de *reglas* explícitas o implícitas, formales o informales, originadas en relaciones de autoridad e instancias de negociación o sostenidas por pautas culturales, con diferente capacidad sancionatoria, destinadas a ordenar relaciones de muy diferente índole en todo tipo de sociedades, desde aquellas dotadas de estructuras relativamente simples hasta las complejas sociedades contemporáneas. Tales reglas conformarían instituciones: creaciones sociales destinadas a delimitar posibilidades y límites en el comportamiento de los individuos y grupos.

En el interior de la ciencia económica esa preocupación se ha canalizado en las últimas décadas en dos importantes corrientes de pensamiento: la escuela de la regulación y la economía institucional. En el marco de la ciencia política la cuestión de la regulación se ha abordado fundamentalmente en relación a la actividad del Estado que, especialmente a partir de la década de 1980, ha constituido un importante espacio de reflexión para la corriente neoinstitucionalista. También los estudios de procesos histórico-sociales de mediana y larga duración han abonado reflexiones sobre este tema, en este caso en una significativa búsqueda de articulación entre economía y política que permita comprender el desarrollo socioinstitucional a nivel macro.

Poco de todo este rico caudal de producción de las ciencias sociales se ha aplicado al problema de la organización de servicios de atención médica. Solo la economía institucional tiene un importante cuerpo de producción específico dedicado al tema, que ha aumentado en los últimos años en función de la crítica a los modelos organizativos predominantes hasta la crisis de la década de 1970 y el subsiguiente debate sobre el *mix* de Estado y mercado —o mejor, el *mix de normas y competencia*— que sería

adecuado para la satisfacción de los valores sociales aplicados a ese campo en algún modelo de organización futuro. El otro gran aporte de la economía institucional fue abandonar la referencia casi excluyente al nivel macro, preferida de los adherentes a la Escuela de la Regulación, y comenzar a preocuparse por los mecanismos de coordinación/regulación que operan en organizaciones a nivel meso y micro.

Los regulacioncitas han dedicado poco espacio a la cuestión de la organización y gestión de sistemas de servicios de salud. Sin embargo, su énfasis en los procesos de mediana duración que incluyen la emergencia, desarrollo y crisis de formas institucionales específicas en diferentes áreas de la actividad económica y política en las naciones de Occidente ha despertado el interés de analistas preocupados por dilucidar el origen, florecimiento y posterior agotamiento de las instituciones propias del Estado de bienestar, estrechamente vinculadas a la organización de servicios de atención médica con orientación integral y universalista. De ese modo, sus hipótesis han sido utilizadas para explicar situaciones de cambio en ese campo producidas en la larga duración. Magalí Safarti Larson (1977) ha sido una de las pioneras en ese tipo de referencia en sus estudios dedicados a la historia de la profesión médica en EEUU. También la preocupación por nuevos enfoques al problema de la producción, utilización y distribución de recursos humanos en salud ha estimulado algunas reflexiones importantes bajo esa lógica (un ejemplo entre otros es Girardi, 1995). Por mi parte, he dedicado ya algún espacio a explorar esa dimensión de análisis en un trabajo previo (Belmartino, 1996b). Aunque las hipótesis regulacionistas no han recibido aceptación generalizada en el campo de la economía o de la historia social, merecen en mi opinión algún lugar en el debate sobre la necesidad de adecuar a nuevas condiciones o reformular las instituciones del Estado de bienestar y más específicamente los sistemas de servicios de salud. No se trata de una preocupación exclusivamente teórica; el diseño de nuevas formas institucionales se enfocará bajo premisas diferentes ya sea que se reconozca o no el posible agotamiento de aquellas que fueron eficaces bajo determinados contextos, y la consiguiente necesidad de establecer nuevas reglas de juego para el cumplimiento de valores y expectativas sociales vinculadas a la salud y el bienestar.

En el marco de la ciencia política una preocupación similar ha sido estímulo para los estudios de institucionalistas y neoinstitucionalistas, que han abordado el tema de la organización y financiación de la atención médica como parte de la actividad del Estado orientada a la puesta en marcha de políticas sociales. En este campo de análisis las condiciones del surgimiento de los Estados de bienestar en las sociedades de industrialización temprana, los determinantes de su expansión a lo largo de la gloriosa década de 1930 y las limitaciones y obstáculos enfrentados por sus equivalentes en la periferia se han abordado en el registro político y en vinculación con una cierta renovación de la reflexión sobre las capacidades del Estado. Un buen número de analistas políticos, sin suscribir explícitamente las teorías y métodos de abordaje de los neoinstitucionalistas, enfocan las instituciones de atención médica bajo perspectivas similares. Un mérito significativo a reconocer en estos enfoques reside en el énfasis en las condiciones específicas de espacio y tiempo —aun cuando se trate de



analizar formas de Estado y modalidades definición de políticas reconocibles a nivel regional o mundial— y en los enfoques historiográficos en términos de proceso.

Organizaré el material de este capítulo avanzando en una de las hipótesis que he seleccionado como ordenadoras de este trabajo, vinculada a la utilidad de diferenciar instancias y mecanismos de regulación. Provisoriamente identifico como instancias reguladoras al estado, sus aparatos, la profesión médica, la empresa o firma como forma institucional genérica de las organizaciones de atención médica, y el mercado en tanto conjunto de relaciones entre tales organizaciones. Dedicaré también algún espacio a abordar el problema de la periodicidad del cambio en las relaciones sociales fundamentales que ordenan muy diferentes aspectos de la vida social, entre ellos las prácticas vinculadas a la salud/ enfermedad/ atención médica.

## La regulación de los sistemas de servicios de salud

La preocupación por identificar instancias de regulación se genera en el interés por matizar la tendencia generalizada en el análisis de sistemas de servicios de atención médica a abordar la cuestión en términos antagónicos de Estado o mercado. Un buen ejemplo de esa tendencia es la perspectiva analítica de la sociología de las profesiones, cuyos desarrollos abordaré en el siguiente capítulo. Este importante campo de análisis ha contribuido al reconocimiento de la existencia de una significativa dosis de autonomía de la profesión médica en la regulación de las condiciones de su práctica; sin embargo, sus privilegios se han explicado en general a partir de una delegación de autoridad por parte del Estado, descuidando o dejando en la sombra el peso relativo que tiene la profesión en diferentes modalidades de organización del sistemas de servicios y las diferencias resultantes en la construcción de los respectivos mecanismos de regulación.

Puede encontrarse en la literatura sobre los cambios económicos de las últimas décadas, intentos por identificar *principios* de regulación que algunos autores consideran conveniente diferenciar de las instituciones en las cuales operan. Lange y Regini, por ejemplo, nos brindan una primera aproximación al concepto cuando proponen definir como regulación a “los diferentes modos por los cuales resulta coordinado un determinado conjunto de actividades o de relaciones entre actores, son asignados los recursos específicos, y prevenidos o arbitrados los conflictos relativos, reales o potenciales” (Lange & Regini, 1987, p. 101).

Esos modos de coordinación remitirían a diferentes principios, operando de manera relativamente universal en la construcción y mantenimiento de las relaciones sociales fundamentales. Pareciera existir una larga tradición de consenso entre diferentes analistas (las respectivas fuentes entre los clásicos se identifican en Hobbes, Adam Smith y Durkheim) que recogerían la existencia de tres principios

básicos de regulación: la autoridad o control jerárquico, el intercambio, y la solidaridad o cooperación basadas en normas y valores compartidos<sup>1</sup>.

El problema implícito en el abordaje conforme a principios está bien planteado a mi criterio por Lange y Regini, cuando señalan que cada uno de tales principios se habría asociado históricamente con instituciones diferentes —Estado, mercado, comunidad— hasta resultar prácticamente identificados con ellas. Estos autores alertan sobre dos cuestiones a mi juicio importantes: la primera es que no sería eficaz hablar de la regulación en general, debiendo enfocarse el análisis según las diferentes áreas de política pública; la segunda es que en cada una de tales áreas sería posible verificar la existencia de un *míx* de formas de regulación, en cuyo interior podrá reconocerse la presencia de la regulación estatal junto a diferentes formas de regulación social.

Una tercera cuestión es a mi criterio insoslayable. Cuando se identifican principios de regulación e instituciones (autoridad/ Estado; competencia/mercado; cooperación/ comunidad de iguales) se dan por ciertos la eficacia del principio y la capacidad de la institución para regular una determinada área de actividad. Se presume en el Estado la autoridad para sancionar y otorgar imperio a sus decisiones, del mismo modo se da por garantizada la existencia del mercado competitivo cuando el Estado se retira y las organizaciones de la sociedad civil son liberadas a su propia dinámica.

El problema de la regulación es más complejo y ha ganado complejidad adicional a medida que las sociedades contemporáneas desarrollaron crecientes vínculos entre Estado y mercado, y la multiplicación de formas organizativas en arenas sociales y económicas determinó la emergencia y diversificación de instancias de poder en instituciones no estatales. Lo que la literatura sociológica y politológica describe como cambios en las relaciones entre Estado y sociedad producidos en torno de la tercera y cuarta décadas del siglo XX tiene sin duda algo que ver con la expansión de los mecanismos de regulación más allá del Estado y del mercado, en múltiples formas organizativas que sería necesario develar.

En el campo de los servicios de atención médica el debate sobre regulación se centró tradicionalmente en la oposición entre regulación burocrática, regulación por el mercado y/o regulación profesional. Esa lectura referida a principios que operan desde órbitas separadas y a menudo conflictivas corresponde al momento de constitución de los sistemas de servicios a fines del siglo XIX y principios del XX. En esa coyuntura coinciden los procesos de profesionalización de la medicina y ampliación de la eficacia curativa de su práctica, en un contexto de diferenciación de las funciones estatales y relativa separación entre Estado e instituciones sociales.

---

<sup>1</sup> Lange y Regini (1987, p.102-103) nos proporcionan un listado de autores que registran tales principios como fundamentales en lógica de la regulación: entre ellos Polanyi (1994); Poggi (1978, p. 20-21); Crouch (1978, p. 218-220); Lindblom (1977); Ouchi (1977). En un campo disciplinario diferente, el filósofo portugués De Souza Santos identifica los principios que conformarían el pilar de la regulación: “el principio del Estado cuya articulación se debe principalmente a Hobbes, el principio del mercado dominante sobre todo en la obra de Smith, y el principio de la comunidad, cuya formulación domina la filosofía política de Rousseau”. (De Souza Santos, 1996, p. 77).

En ese punto se ubica el conflicto político entre organizaciones profesionales y Estado, que se cierra en términos generales con el reconocimiento del derecho de la profesión a autorregular su práctica. A lo largo de buena parte del siglo XX el estudio de la regulación de la atención médica se centra en el análisis comparativo de los procesos de profesionalización en diferentes escenarios y la delimitación de esferas de acción entre autoridad estatal directa y autoridad delegada en organizaciones colegiadas.

### *Las relaciones entre Estado y profesión médica*

El punto de partida del análisis de las relaciones entre profesión y Estado suele ser la consideración de los procesos de profesionalización como fenómenos que integran un proceso de mayor amplitud: el de la formación del Estado moderno. Sin embargo, en los análisis históricos esa relación no se aborda como un vínculo directo, sino mediada por variables tales como la especificidad de los procesos históricos o de la cultura política (Lange & Regini, 1987; Speranza, 1992; Moran & Wood, 1993). Bajo este enfoque, la diversidad nacional en la forma de control estatal de los servicios profesionales puede ser considerada un resultado de diferencias en la relación entre el Estado y las elites dominantes durante los decenios formativos del Estado moderno. En condiciones de mayor turbulencia social el Estado habría exigido a los sectores dominantes un máximo de lealtad y aceptación de control, como sucedió en Europa continental, mientras la existencia de menores riesgos de convulsión social habría facilitado un control menos estricto, reflejando la experiencia de EEUU.

En lo vinculado específicamente a la relación entre Estado y profesiones, el interés por expandir el control de una determinada ocupación sobre las actividades de un campo específico de las prácticas sociales (en nuestro caso la problemática asociada a los procesos de salud/enfermedad/atención médica) habría estimulado la organización profesional y el aprovechamiento de un espacio privilegiado de vinculación con el Estado. Como consecuencia, las asociaciones profesionales se habrían convertido en arenas preliminares de legislación pública. En gran parte de los casos tuvieron a su cargo la formulación del esbozo o el primer esquema de las leyes que podían afectarlas, a partir de su facilidad de acceso a las agencias del aparato estatal. Tales asociaciones no habrían actuado, por consiguiente, como meros grupos de presión externa, sino que demostraron amplia capacidad de llegada a la agenda de gobierno. Cuando las leyes llegan al Parlamento, muchas decisiones han sido ya tomadas en el curso de negociaciones prelegislativas con la elite profesional.

Autores como Speranza enfatizan la *unidad* alcanzada por la medicina en su mercado y su intervención en áreas de tabúes sociales (el cuerpo) y de particular delicadeza (la vida y la muerte), que le permitirían *medicalizar* esferas de la vida social precedentemente sujetas a otras jurisdicciones, y adoptar la fragmentación en especialidades como un medio para consolidar y ampliar sus fronteras.

Los diferentes espacios de afirmación del poder de la profesión médica son sintetizados por Moran y Wood de la siguiente forma: puede intervenir positivamente en debates de política pública sobre atención médica actuando como un lobista funcional; tiene el poder de influenciar las decisiones que llegan a la agenda de cuestiones relevantes a cargo del Estado; tiene el poder estructural que surge de su posición de monopolio del conocimiento médico reconocido, sus visiones sobre *disease* e *illness* tienden a dominar las representaciones vinculadas a la salud y, por lo tanto, sus miembros son reconocidos por la sociedad como únicos o principales expertos en ese campo.

### *La perspectiva comparada: profesión médica y Estado en diferentes espacios nacionales*

El análisis realizado por Moran y Wood del desarrollo de la profesión médica en tres países —Alemania, EEUU, Reino Unido— les permite identificar una trama particular de relaciones entre profesión y Estado en los diferentes contextos nacionales.

Identifican en primer lugar tres formas de articulación entre el Estado y las organizaciones representativas de diferentes ocupaciones: autorregulación independiente; autorregulación sancionada por el Estado; regulación aplicada en forma directa por el Estado. Las formas de regulación de la profesión médica en los tres países a los que dedican su estudio se asociarían con las dos primeras.

En un sistema de *autorregulación independiente*, aquellos comprometidos en una actividad resuelven las principales tareas reguladoras independientemente del Estado. Esto no significa la presencia de un mercado libre; por el contrario, los miembros de la profesión pueden erigir controles elaborados sobre la entrada en el mercado y las prácticas competitivas. El ejemplo en este caso es EEUU., caracterizado por la relativa ausencia de compromiso gubernamental en la historia de la regulación de la práctica médica y por la vigencia del monopolio regulador en manos de la *American Medical Association* (AMA). Ese derecho indiscutido solo habría sido sometido a desafíos a partir de la década de 1970, cuando se produjo la combinación de recesión económica mundial y aumento incontenible del costo de la atención médica.

En el caso de *autorregulación sancionada por el Estado*, tanto las reglas destinadas a ordenar la práctica como las instituciones encargadas de su formulación e implementación se definen con el consentimiento y apoyo del Estado, y operan a partir de la sanción estatal. El Gobierno supervisa y autoriza las instituciones encargadas de la tarea de regulación.

Los casos del Reino Unido y Alemania se identificarían en general con este tipo de autorregulación sancionada por el Estado, presentando diferencias, sin embargo, en sus modos de operar. En el próximo capítulo describiré con mayor amplitud los procesos de profesionalización en los tres países.

Por su parte, Vogel (1986) sustentaría una hipótesis vinculada a la existencia de *estilos nacionales de regulación* con características específicas. A su criterio se podrían

identificar tres modelos nacionales de regulación gubernamental: el británico, el continental y el estadounidense. El modelo británico se diferenciaría fuertemente de la orientación legal de las naciones continentales, que a partir de sus raíces en la ley civil romana y su consiguiente énfasis sobre reglas y estándares definidos con precisión y determinados centralmente.

El modelo de EEUU sería también único. Se diferenciaría en el grado de supervisión ejercida por el Poder Judicial y la Legislatura Nacional, en la formalidad de su proceso de formulación y cumplimiento de reglas, en su confianza en el seguimiento, en el monto de información que se hace disponible para el público, y en la extensión de las oportunidades provistas para la participación por parte de bases poblacionales no industriales (*by non industry constituencies*).

El argumento vinculado a la existencia de distintos estilos nacionales de regulación sugiere que en la regulación de la profesión médica no deberíamos buscar un modelo singular común, sino diferencias derivadas de particularidades en los contextos nacionales donde la regulación se produce.

En contraposición, Moran y Wood sostienen que el *estilo nacional* no puede dar cuenta de la totalidad del fenómeno regulatorio. En el interior de cada país las diferentes profesiones tienen instituciones reguladoras particulares, reglas específicas para la entrada en la actividad o para delimitar las condiciones de la competencia por parte de las empresas. Una de las principales fuentes de variación entre regímenes de regulación profesional intranacionales sería el momento histórico (*timing*) en que se definen las bases políticas de la regulación.

Las diferencias en el *timing* abren una amplia gama de influencias. Los reguladores “tempranos” como el R.U. pueden ser copiados por los posteriores; algunas regulaciones estadounidenses en medicina parecen haber sido copiadas directamente del R. U. El contenido de la regulación es a menudo modelado por condiciones históricas más amplias que no tienen conexión directa con la medicina; veremos que en el caso de Alemania mucho de lo que ahora existe es resultado de la turbulenta historia política del país después de la toma de poder por los nazis en los años 30. Más generalmente todavía, hay una poderosa fuerza de inercia en la regulación, las instituciones y reglas desarrolladas en respuesta a las necesidades de un momento particular no necesariamente desaparecen cuando las condiciones históricas que las produjeron se desvanecen; a menudo continúan en un período histórico muy diferente. (Moran & Wood, 1993, p. 29).

La regulación de los médicos, al igual que la de otros grupos e intereses, estaría así influenciada por los contextos nacionales en cuyo interior es conducida y por los períodos históricos en los cuales los sistemas de regulación fueron originalmente construidos. Sin embargo, en opinión de estos autores existiría un tercer factor que es necesario identificar y que se asocia con condiciones particulares de cada profesión: se trata aquí de la naturaleza del trabajo realizado.

Las diferencias de las que este factor es responsable surgen en parte en función de las distintas exigencias planteadas por cada tarea. Pero también se vinculan con los conflictos internos propios de la organización del trabajo de cada profesión. En

el interior de cada profesión el proceso de regulación es resultado de un proceso político continuo, series constantes de decisiones que resultan de la competencia entre grupos que gozan de diferentes cuotas de poder. En el caso de la medicina los más importantes grupos de poder incluirían las diferentes ramas de la profesión médica: los grandes intereses empresarios —como las compañías farmacéuticas— que producen y comercializan bienes y servicios médicos; las otras ocupaciones relacionadas con la provisión de atención médica, como farmacéuticos y enfermeras; aquellos que pagan por la atención médica, ya sea los mismos pacientes, las compañías de seguro que les proporcionan cobertura, o el gobierno; y aquellos que son los destinatarios de la atención, los pacientes. Todos estos grupos tienen un interés en la regulación de los médicos, pero no todos controlan la misma cuota de poder; el modo de regulación estaría influenciado por el particular balance de poder entre los diferentes intereses en la arena médica.

Recapitulando: la definición del problema de la autorregulación se construiría teniendo en cuenta, en primer lugar, los contextos nacionales en los que la profesión adquiere ese derecho y se especifican sus contenidos y límites; segundo, en esa especificación tendrían alguna influencia los tiempos históricos en los que la autonomía profesional se establece; tercero, existiría otro amplio y disperso espacio de regulación vinculado a las modalidades de organización del trabajo médico o mejor a las diferentes formas institucionales que asumen los procesos de producción de servicios de atención médica. Aquí sería necesario —en mi opinión— agregar un elemento nuevo: a partir de la crisis de la década de 1970 y los subsiguientes procesos de reforma, la dimensión temporal se amplía. En este punto habría que considerar las consecuencias de los cambios de impacto generalizado que afectan las relaciones sociales fundamentales y las formas institucionales que ordenan la distribución de poder en el interior del sistema de servicios de salud.

La posibilidad de recuperar procesos de mediano plazo donde las modalidades de regulación presentan formas relativamente estables, que están precedidas *por*, y culminan *en*, periodos de cambio o transición caracterizados por transformaciones importantes en las relaciones sociales fundamentales, nos obliga a prestar alguna atención a los desarrollos de la escuela de la regulación.

## Los cambios en la mediana duración

La preocupación por señalar puntos de clivaje en el desarrollo histórico que marcan transformaciones significativas en la organización de las sociedades ha sido un componente habitual de la tarea de los historiadores. Las grandes periodizaciones de la historia remiten a ese tipo de cambios y en nuestro tiempo asistimos a un debate de tales características a partir de las lecturas asociadas al concepto de postmodernidad.

La crisis de la década de 1970 y su impacto sobre las sociedades industrializadas, trasladado luego a partir de múltiples mediaciones a los países de la periferia, despertó sin embargo el interés por otro ritmo del movimiento histórico asociado a



procesos de larga o mediana duración verificables en las sociedades capitalistas, y con capacidad de producir transformaciones sustantivas en muy diferentes niveles de la organización social: las formas de organización de la producción, las relaciones de trabajo, las relaciones entre naciones, las funciones asignadas al Estado, los mecanismos de la representación de intereses, las reglas de operación de los regímenes políticos, las formas y contenidos de las políticas económicas y de las políticas sociales, las estructuras de la vida cotidiana, la familia, la inserción social de los jóvenes, la estabilidad laboral, la confianza depositada en la ciencia, el equilibrio entre libertad e igualdad, los límites de la inclusión/ exclusión, las emergencias de incertidumbres de todo tipo.

En el interior de esa periodización de mediano plazo, el momento que nos interesa para abordar el problema de la regulación de los sistemas de servicios de salud corresponde a las décadas que se desarrollan entre las dos grandes crisis que caracterizan al siglo XX: aquella que se ubica a comienzos de la década de 1930 y una segunda que se convertirá en emergente del período de convulsiones en que actualmente nos encontramos, cuyas primeras manifestaciones se identifican con la crisis del petróleo a comienzos de la década de 1970. Es en el interior de esa delimitación temporal que se produce la consolidación de los grandes sistemas con orientación integradora y universalista que hoy son objeto de reformas.

El estudio de esos procesos en el interior de la ciencia económica ha estado fundamentalmente a cargo de la escuela de la regulación, cuyos supuestos analíticos intentaré recuperar brevemente.

El punto de partida para los análisis de la autodenominada escuela de la regulación radicó en el interés por superar lecturas simplificadoras de las crisis del capitalismo. El estímulo provino especialmente de la verificación de una situación de crisis general en la década de 1970 y los debates generados en torno a los instrumentos conceptuales adecuados para aplicar a su superación. La posible comparación con las transformaciones de la década de 1930 se hizo evidente en forma relativamente inmediata, señalando la necesidad de un análisis minucioso de las condiciones de emergencia y salida de ambos procesos históricos.

Un segundo estímulo para la reflexión provino de la manifiesta dificultad para encontrar mecanismos adecuados de política macroeconómica que permitieran la reanudación del crecimiento. La pérdida de eficacia de los instrumentos anticíclicos de tipo keynesiano en un primer momento, más tarde las consecuencias disruptivas del ajuste neoliberal y, por último, la complejidad de los procesos económicos y políticos asociados simbólicamente a la *caída del muro*, estimularon la producción de los teóricos regulacionistas. Estos definieron sus objetos de estudio en función de la necesidad de identificar diferentes tipos de crisis —crisis resultante de una perturbación externa, crisis cíclica, crisis del sistema de regulación (Boyer, 1989)— y también diferentes condiciones de emergencia y salida de estas últimas, las grandes crisis estructurales que serían la expresión del agotamiento de determinadas formas institucionalizadas de regulación, abriendo camino a la necesidad de construir nuevas.

Los regulacionistas definen como objeto específico de su preocupación la variabilidad en tiempo y espacio de las dinámicas económicas y sociales. La noción de

regulación remite entonces a identificar, en el interior de las sociedades y en diferentes momentos de su historia, la “conjunción de mecanismos que conllevan a la reproducción de todo el conjunto, tomando en cuenta las estructuras económicas y las formas sociales vigentes” (Boyer, 1989, p. 42).

El mismo Boyer reconoce el origen de la teoría en una definición de Canguilhem, para quien la regulación sería: “el ajuste, de acuerdo a algunas reglas o normas, de una pluralidad de movimientos y actos y de sus efectos o productos, cuya diversidad o cuya sucesión, en primera instancia, los hace extraños los unos a los otros” (Boyer, 1989, p. 36).

Mecanismos de autorregulación, verificables en el análisis de las relaciones sociales fundamentales, darían sentido, con su lógica de emergencia, consolidación y agotamiento a movimientos históricos de mediana duración, recuperados a partir de la preocupación por las condiciones de desencadenamiento y superación de las grandes crisis.

La relativa simultaneidad de tales movimientos en diferentes sociedades no oculta la presencia de condiciones particulares en espacios nacionales o regionales, que pueden ser significativas en función de la *administración* de la crisis, las condiciones más o menos *gobernables* de su superación, la posibilidad de atenuar los ritmos cíclicos de corta duración, y la identificación de alternativas de crecimiento económico y bienestar social disponibles para las respectivas poblaciones. No bastaría, por consiguiente, con detectar los ciclos y los mecanismos que regulan su ritmo, es necesario también el análisis de los escenarios específicos donde tales ciclos se inscriben en muy diferentes configuraciones de posibilidades de integración social, aprovechamiento eficiente de los recursos disponibles, configuración de regímenes políticos democráticos.

Sin embargo, aunque se hable de *formas* o *relaciones sociales* y se incorpore al Estado, en general entre los teóricos regulacionistas el objeto de análisis se construye a partir de la economía: las relaciones sociales consideradas son fundamentalmente las que vinculan capital y trabajo, la actividad estatal se recorta en función de su política económica.

Es importante verificar también que el enfoque supone, en palabras de Aglietta (1976), una perspectiva en la cual la regulación del capitalismo se interpreta como *creación social* excluyendo de ese modo posicionamientos deterministas. Esta elección de perspectiva teórica permitiría concebir las crisis como rupturas en la continuidad de la reproducción de las relaciones sociales y comprender por qué los periodos de crisis son periodos de intensa reformulación de esas relaciones, mientras la *solución* de la crisis supone siempre una transformación irreversible de las formas de organización vigentes.

El estudio de la regulación en el capitalismo deberá por lo tanto comprender, según Aglietta, la investigación relativa a la transformación de las relaciones sociales a partir de la creación de nuevas formas institucionales. Estas conformarán la estructura de sustentación de una nueva forma de organización de los procesos productivos. Su ejemplo es EEUU y el abordaje histórico de su economía: en ese marco analiza las transformaciones conjuntas de las normas de producción y de las normas

de consumo que le servirán para caracterizar distintos tipos de regulación en el capitalismo estadounidense durante el siglo XX. Un ejemplo en línea con el análisis del surgimiento de los Estados de bienestar remite al papel jugado por las convenciones colectivas de trabajo (y en general todo el sistema de acuerdos y negociación de compromisos) en la consolidación del régimen fordista. Estos mecanismos habrían posibilitado la generación de formas de consumo de masas y, juntamente con los esquemas de administración keynesiana de la demanda, posibilitado la hegemonía del fordismo en la economía capitalista mundial a partir de la posguerra.

La historia, con sus regularidades y discontinuidades, constituye uno de los elementos fundamentales del análisis regulacionista dedicado a la búsqueda de instancias y mecanismos específicos de regulación de las prácticas sociales. La introducción del *tiempo histórico*, según la concepción de Braudel, se encontraría en el origen conceptual de la teoría regulacionista (Girardi, 1995). Para los economistas de la Escuela de Grenoble, que colocaron los fundamentos de esa teoría, el paradigma del equilibrio general propio de la escuela neoclásica sería incompatible con la introducción de los diversos tiempos de la historia, el tiempo largo, los ciclos pendulares, el tiempo corto.

Según De Bernis —uno de los principales exponentes del pensamiento de Grenoble— en el tiempo largo el conjunto del sistema evolucionaría bajo la influencia de grandes tendencias, como el crecimiento de las poblaciones, la complejización de las técnicas, el aumento de la dimensión de las empresas, la estructuración general del espacio. Solo en el muy corto plazo el funcionamiento inmediato de la economía estaría garantizado en el contexto de la lógica de la maximización de la tasa de beneficio. Sin embargo, y aquí es posible identificar el aporte innovador, pese a estar sujeta a las leyes generales tendenciales, el funcionamiento de la economía capitalista necesita de todo otro conjunto de instituciones adecuadas (y no solo instituciones ligadas al Estado), es decir, instituciones y formas de regulación presentes en todos los niveles de la actividad social.

Las bases fundamentalmente económicas del pensamiento regulacionista, a la vez que su búsqueda de las formas de regulación intermedias que operan en las sociedades bajo análisis, de manera de evitar la contraposición esquemática entre Estado y mercado, han tenido sin duda peso en la predilección de algunos de sus integrantes más importantes por el estudio de las transformaciones de la relación salarial en el tiempo largo. Las condiciones de la relación laboral y sus modalidades de remuneración constituirían una forma *institucional* destinada a regular una esfera de actividad específica construida en interacción con la totalidad del sistema productivo. El empleo y la relación salarial que lo instituye son analizados como expresión de continuidades y discontinuidades en las relaciones institucionales entre capital y trabajo y también asociados a un paradigma tecnológico de producción. Un ejemplo muy significativo de la riqueza implicada en este análisis puede encontrarse en los trabajos de Coriat (1979; 1990; 1991).

## *La generación de categorías intermedias*

En su trabajo ya citado dedicado a resumir los avances de la escuela de la regulación, Boyer define algunas categorías intermedias que pueden ser útiles en el análisis de las instancias de regulación en diferentes actividades económicas, en tanto constituyen un intento de tender puentes entre niveles de análisis macro y micro. Entre esas categorías me interesa identificar en este trabajo la de *régimen social de acumulación*, que designa al conjunto de regularidades que canalizan la reproducción económica durante un período histórico determinado y la de *forma institucional*, que remite a toda codificación de una o varias relaciones sociales fundamentales (en el capitalismo las más importantes serían moneda, relación salarial y competencia).

Una tercera categoría, la de *modo de regulación*, estaría destinada a precisar las condiciones del pasaje desde un conjunto de racionalidades limitadas referentes a decisiones de producción e intercambio tomadas por agentes individuales —por lo tanto, múltiples y descentralizadas— hacia la generación de una coherencia dinámica para el sistema en su conjunto.

Un modo de regulación tendría la triple capacidad de: 1) reproducir las relaciones sociales fundamentales a través de un conjunto de formas institucionales específicas, 2) sustentar el régimen de acumulación en vigor y, fundamentalmente, 3) garantizar la compatibilidad del conjunto de las acciones y decisiones económicas descentralizadas.

En la caracterización de las instituciones reguladoras como reglas de juego (volveré sobre este punto más adelante) y la forma particular utilizada para su enunciación, que las asocia a las esferas del derecho y las instancias de integración social, podría reconocerse la apertura de un programa de investigación interdisciplinaria sobre el surgimiento, reproducción y agotamiento de tales formas institucionales. Esa perspectiva ha tenido una expresión significativa en nuestro país a partir del trabajo de dos reconocidos politólogos, cuyas ideas intentaré reseñar a continuación.

## *La vertiente politológica del concepto de régimen*

El análisis de los aspectos específicos de orden cultural y político que aparecen como componentes secundarios del análisis de los regulacionistas y tienen sin duda un lugar significativo en la delimitación de procesos históricos de larga duración, ha sido aportado en nuestro país por estudiosos provenientes del área de la teoría política.

Uno de tales aportes es el brindado por Portantiero (1988a). En un artículo donde problematiza las referencias a una crisis del Estado en Occidente, orienta su análisis a recuperar el desarrollo histórico que conduce a una sucesión de modalidades diferentes de articulación de las relaciones entre Estado y sociedad. El camino que en los países centrales lleva del Estado liberal al Estado social, para desembocar luego en el cuestionamiento contemporáneo de esa modalidad particular de organización del poder político, permitiría reconocer fases que aluden simultáneamente a *modos de desarrollo* —expresión de la forma particular que asume la intervención de la política

en la economía— y modos de hegemonía (que hacen referencia a la manera en que se organiza la relación entre política y masas).

En paralelo, José Nun (1987), utilizando un registro de ideas de orientación similar, logra una más elaborada presentación teórica del problema cuando propone la articulación de otra pareja de conceptos: régimen social de acumulación y régimen político de gobierno.

Nun expresa su intención de identificar una *red específica de interacciones sociales* a la que denomina *régimen social de acumulación*. Este supondría un conjunto complejo de instituciones y prácticas definidas en función de considerar que la política y la ideología son siempre constitutivas de las relaciones económicas y por lo tanto no puede dejar de tenerse en cuenta su incidencia en el proceso de acumulación de capital. Un régimen social de acumulación deberá ser pensado como “una matriz de configuración cambiante en cuyo interior se van enlazando diferentes estrategias específicas de acumulación y tácticas diversas para implementarlas, de manera que la acumulación de capital aparece siempre como ‘el resultado contingente’ de una dialéctica de estructuras y estrategias”. La relativa perduración de esa matriz, sacudida por tendencias contradictorias y conflictos que se resuelven a través de la lucha política, constituye “un proceso histórico pluridimensional de mediano o largo plazo”, que suele reconocerse como etapa o estadio del desarrollo capitalista. (Nun, 1987, p. 38).

El carácter complejo del conjunto de relaciones que sintetiza el concepto de régimen social de acumulación y la relativa inestabilidad de la configuración resultante, requiere una búsqueda permanente de equilibrio no solo en el interior de dicha matriz sino también en la articulación entre régimen social de acumulación y régimen político de gobierno. En ambas esferas se procesa la relación entre Estado y sociedad civil. Del equilibrio logrado en cada una de ellas y del equilibrio resultante de su articulación dependerá la relativa estabilidad del desarrollo societal en el interior de los respectivos procesos históricos.

No nos proporciona el trabajo de Nun una definición sistemática de régimen político de gobierno. Su texto tiende más a problematizar el concepto que a establecerlo. Para delimitar el respectivo régimen político de gobierno habrá que tener en cuenta en cada sociedad concreta —ya que al igual que su par articulador asume una fuerte impronta histórica situada— los procesos de intermediación de intereses entre las agencias estatales y las organizaciones representativas de diferentes sectores de la población a la vez que los procesos de implementación de los acuerdos así alcanzados<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Un análisis que completa estas ideas con aportes de Giddens y Bourdieu puede encontrarse en Belmartino, 1994.

## Problemas de conceptualización en torno de instituciones y reglas de juego

Antes de avanzar en mi intento de sistematizar instancias y mecanismos de regulación quisiera precisar los significados que adjudico a algunos conceptos que incorporaré en el análisis, de manera de evitar las ambigüedades y confusiones habituales cuando se utilizan términos cuyo sentido se presume uniforme y compartido por todos. Para abordar la cuestión de la regulación me parece útil la sistematización introducida por Douglass North, que diferencia fundamentalmente entre instituciones y organizaciones y aporta algunos conceptos relevantes para abordar el cambio institucional en términos de conflicto político.

North (1990) aborda las instituciones como *reglas de juego*, limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana. De ese modo, las instituciones definen y limitan el conjunto de elecciones de los individuos a partir de la operación de dos tipos de reglas: las formales son leyes y normas, expresamente sancionadas o establecidas; incluyen lo que se prohíbe hacer y las condiciones en las que ciertas actividades se permiten (en eso aclara North, son iguales a las reglas de juego de cualquier deporte); las limitaciones o reglas informales se expresan en acuerdos y códigos de conducta.

Las organizaciones, por su parte, proporcionan una estructura para esa interacción que expresa relaciones sociales. En este punto sería posible diferenciar reglas de juego y jugadores: las instituciones expresan conjuntos de reglas dotadas de capacidad sancionatoria —efectiva o moral— para ordenar el juego, mientras las organizaciones contienen a los jugadores. El objetivo de estos es ganar el juego y encuentran en las reglas determinadas posibilidades y limitaciones para diseñar sus estrategias, valorizar sus aptitudes y coordinar sus actividades. Mientras las instituciones determinan las oportunidades a disposición de los jugadores en una determinada sociedad, las organizaciones son creadas para aprovechar esas oportunidades en beneficio de intereses particulares o generales.

En última instancia, y esto es significativo para pensar el cambio, puede suceder que ganar el juego implique cambiar las reglas. La política sería precisamente una práctica orientada a reproducir o transformar —según los intereses de diferentes actores— las reglas de juego vigentes en diferentes campos de la práctica social.

El cambio incremental en las instituciones proviene de las percepciones de los dirigentes insertos en organismos políticos y económicos, que les indican la posibilidad de obtener mayores beneficios alterando en un cierto margen el marco institucional existente.

La definición que propone North de organizaciones es muy similar a la que otros autores aplican al concepto de actor. Son grupos de individuos enlazados por alguna identidad común hacia ciertos objetivos. El nacimiento y la vida de las organizaciones estaría determinado por el marco institucional; sin embargo, no se trata de un movimiento unidireccional, los actores y sus organizaciones influyen a su vez en la forma en que ese marco evoluciona.



El análisis de las instituciones recae en las reglas del juego y el de las organizaciones y sus dirigentes en su papel como agentes del cambio institucional. El énfasis analítico se ubica en este caso en la interacción entre instituciones y organizaciones, que tendría un papel clave en la dirección del cambio histórico. En este punto el análisis de North permite vincular procesos de nivel *meso* —actividad de organizaciones en diferentes ámbitos de la economía y de las relaciones sociales— con resultados macro: el impacto de las instituciones en el desempeño de las economías nacionales a lo largo del tiempo.

Abordando la dinámica *meso*, North incorpora a su obra la cuestión de los costos de transacción (que en la edición en español son referidos como costos de negociación) y al rol que juegan los incentivos así generados para lograr su reducción a través de la lógica del cambio institucional. Si los costos de negociación fueran cero, argumenta, la historia no importaría: un cambio en precios o preferencias relativas induciría una reestructuración inmediata de las instituciones para alcanzar un ajuste eficiente. No es esa su lectura; por el contrario, considera que el proceso de construcción de instituciones tiene peso en la definición de las opciones de elección futuras. En espacios sociales macro la persistencia de un desempeño pobre y las diferentes pautas de desarrollo verificables entre naciones tienen un origen común: las bases históricas de construcción de las respectivas instituciones.

La historia institucional puede construir así caminos productivos y caminos improductivos. Si las reglas de juego vigentes operan proporcionando desincentivos a la actividad productiva, surgirán organizaciones y grupos de interés despreocupados por superar las limitaciones existentes. Ese tipo de instituciones ofrecen muy pocos alicientes para lograr aumentos en la disponibilidad y diseminación de conocimientos económicos útiles. Las actitudes mentales subjetivas de los participantes producirán por evolución una ideología que no solo racionalice la estructura de la sociedad, sino que explique su mal desempeño. Como resultado de esto la economía producirá políticas que reforzarán los incentivos y los organismos existentes.

Dado que todas las economías tienen marcos institucionales que crean oportunidades productivas e improductivas, su historia reflejará resultados mezclados. Los instrumentos inmediatos del cambio institucional son los dirigentes políticos o económicos que se esfuerzan por maximizar los márgenes de beneficio utilizando las alternativas que parecen más provechosas en el corto plazo. Ya sea que la alternativa más prometedora aconseje invertir en piratería, en edificar un cartel petrolero, o en desarrollar un *chip* de computación, las limitaciones existentes y los cambios en incentivos en el margen determinan las oportunidades.

En combinación con los límites y posibilidades abiertas por las instituciones existentes opera el conocimiento imperfecto en manos del agente. Aun si sus objetivos fueran congruentes con el logro de mayor productividad, no hay garantías de que pueda alcanzar sus metas. Los esfuerzos a corto plazo para maximizar la utilidad pueden dar como resultado la búsqueda de actividades persistentemente ineficientes. En el mediano plazo, los piratas pueden descubrir que establecerse en tierra firme significa la apertura de mayores oportunidades: es la lección que proporciona el ejemplo de los vikingos.

Para cerrar este punto me parece necesario señalar los elementos comunes en estas diferentes lecturas de la construcción del orden social a partir de una articulación entre historia, economía y política. La principal diferencia es que North no incorpora la noción de régimen como proceso histórico de larga duración, ni asocia en forma directa las grandes crisis con procesos de cambio reconocibles a nivel macro. La concepción de la historia expresada en su obra remite en cambio a largos procesos históricos de construcción de instituciones cuya lógica es difícilmente modificada en el corto plazo. Los cambios son en ese caso cambios incrementales, producidos a nivel *meso* —o micro— en función de estrategias diseñadas para mejorar el desempeño de las organizaciones en ámbitos particulares de la práctica social. El registro de análisis de la corriente neoinstitucionalista en el campo de la ciencia política por su parte, aborda la cuestión de la construcción de instituciones en el espacio macro —más precisamente en el ámbito del Estado— sin diferenciar tampoco específicamente procesos históricos reconocibles en términos de la persistencia de determinados regímenes de regulación.

## El Estado como instancia de regulación

Las capacidades de establecer reglas de juego por parte de las instituciones del Estado han sido abordadas en función de dos conceptos de utilización relativamente generalizada: gobernabilidad y gobernación<sup>3</sup> (*governance*). Estos han sido conceptualizados recientemente, entre otros, por Bresser Pereira, en un texto en el que analiza los problemas a los que deben abocarse las estrategias de reforma del Estado: un problema económico-político, vinculado a la delimitación de su tamaño; otra cuestión de la misma índole consistente en la redefinición de su poder administrativo; finalmente, un problema económico-administrativo de recuperación de “la gobernancia o capacidad financiera administrativa de implementar las decisiones políticas” y un problema político relacionado con el aumento de la gobernabilidad “o capacidad política de gobierno para intermediar intereses, garantizar la legitimidad y gobernar”. (Bresser Pereira, 1998, p. 517-518).

A este tipo de cuestiones me refería al comienzo de este capítulo haciendo referencia a que el análisis de la regulación sobre la base del reconocimiento de determinados principios —autoridad, intercambio, solidaridad o cooperación— implicaba el riesgo de dar por cierta la autoridad en las instituciones del Estado y analizar a su aparato conforme los supuestos de la planificación normativa: lugar del orden, la racionalidad, la coherencia, donde se instala la mayor capacidad de visibilidad y coordinación entre necesidades sociales y recursos destinados a solventarlas. En el

---

<sup>3</sup> La edición en castellano de la obra de Williamson, *Las instituciones económicas del capitalismo*, introduce el término *gobernación*, presumiblemente para traducir el inglés *governance*, diferenciándose así del uso frecuente del neologismo *gobernancia*. En estos casos es difícil argumentar a favor del uso de uno u otro vocablo, elijo *gobernación* por la sencilla —y altamente subjetiva— razón de que me impresiona como más eufónico.

interior del sector salud, los principales avances en el cuestionamiento a esta forma de considerar el Estado se produjeron en el campo de la planificación estratégica (Testa, 1989); en una perspectiva más amplia, propia de la ciencia política, vale la pena tener en cuenta los abordajes dedicados a una reflexión en mayor profundidad de las posibilidades y límites de la acción del Estado por parte de científicos políticos integrados en la perspectiva neoinstitucionalista.

### *La lectura del Estado entre los neoinstitucionalistas*

El *nuevo* y el *viejo* institucionalismo, en tanto corrientes en el interior de la ciencia política, enfocan preferentemente el problema del Estado y su capacidad para construir y conservar el orden social. No es fácil delimitar con precisión los alcances de uno y otro, salvo el específico interés de los estudiosos más recientes por recuperar la articulación entre actor y estructura, entre enfoques macro y micro y, particularmente, por abordar al Estado desde una perspectiva relacional. La renovación del enfoque y la intención de reconocerse en una nueva identidad explicitada en la incorporación del prefijo *neo* tiene como origen y estímulo, al igual que en su contraparte económica, los nuevos interrogantes derivados de la crisis de la década de 1970. Los déficits de gobernabilidad que puso de manifiesto la crisis colocaron en la agenda de los politólogos el problema de la capacidad de los Estados para regular la relación entre actores con expectativas divergentes en la definición de las relaciones sociales fundamentales.

En esa coyuntura, señala Skocpol, las ciencias sociales se hacen cargo del nuevo desafío consistente en analizar los estados en una doble dimensión: como actores dotados de diferentes grados de autonomía y como estructuras institucionales capaces de encauzar el conflicto social. (Skocpol, 1989).

Para dar respuesta a nuevos y viejos interrogantes Skocpol considera insuficiente la usual consideración del Estado como un foro en el que los grupos sociales formulan demandas y emprenden luchas políticas o concluyen acuerdos. Esta perspectiva del Estado como arena donde se explicitan y negocian intereses relativamente contrapuestos, propia de las corrientes pluralistas, estaría siendo revisada por una concepción que lo reivindica como actor, en parte a través de un retorno a las fuentes, en este caso, Weber:

Max Weber sostenía que los Estados son asociaciones obligatorias que reivindican el control de los territorios y las personas que en ellos habitan. Las organizaciones administrativas, jurídicas, recaudatorias y coercitivas constituyen el núcleo de todo Estado. Estas organizaciones tienen estructuras variables en los distintos países y pueden enmarcarse en algún tipo de sistema constitucional representativo de gobierno parlamentario y contienda electoral por los puestos ejecutivos y legislativos claves. No obstante, los Estados deben ser considerados como algo más que “gobiernos”. Son sistemas administrativos, jurídicos, burocráticos y coercitivos permanentes que no solo tratan de estructurar las relaciones entre la sociedad civil y la autoridad

pública en una organización política, sino también de estructurar muchas relaciones cruciales dentro de la sociedad civil. (Skocpol, 1989, p. 72).

La lucha política debe ser pensada en consecuencia no como contraposición de fuerzas en espacios de confrontación y negociación que se redefinen continuamente en función de los intereses y estrategias de los principales actores, tal como se expresa en la imagen de un *mercado político*. Se insertaría por el contrario en el interior de una *trama institucional* con capacidad para establecer las reglas de juego para la confrontación y permitir la elaboración de acuerdos relativamente estables. Las capacidades institucionales del Estado serían cruciales en la construcción y reproducción de esa trama. Su falta de coherencia, su inestabilidad, la inexistencia de capacidades sancionatorias o el no reconocimiento de su legitimidad por parte de actores con capacidad de veto, implicarían déficits significativos en la capacidad de gobernación por parte de las instituciones estatales.

El abordaje neoinstitucional se ha aplicado también al análisis de la toma de decisiones en materia de política social. Las hipótesis subyacentes reconocen la posibilidad de que las decisiones de política social puedan ser modeladas por las estructuras organizativas y las capacidades de los Estados y también por el efecto político de las políticas específicas previamente implantadas. Los estudios históricos han verificado que las políticas sociales han sido trazadas en un buen número de casos a partir de iniciativas autónomas de las autoridades del Estado. Otras investigaciones se han centrado mucho más específicamente en los recursos organizacionales e intelectuales a través de los cuales los estados particulares han manejado —o fracasado en manejar— determinadas clases de problemas (Skocpol & Amenta, 1986).

Los estudios comparativos e históricos han también demostrado que los procesos de *construcción del Estado* y las diferentes estructuras institucionales que lo caracterizan afectan la política social sobre el largo plazo a partir de su impacto sobre partidos políticos, la formación de clases y la cultura política. De ese modo, los estados podrían ser analizados en su *arquitectura* para descubrir cómo su construcción y sus estructuras afectan las decisiones sobre políticas. También se ha rastreado las consecuencias sobre los escenarios de decisión política de las políticas previamente instituidas. No solo la política crea políticas sociales, las políticas sociales también definen nuevas bases para la acción política. Es decir, una vez que las políticas están aprobadas e implementadas, producen efecto sobre las agendas públicas y los patrones de conflicto de los grupos, a través de los cuales se procesan los subsiguientes cambios políticos. De manera no sorprendente, la sensibilidad de los estudiosos a tales efectos políticos de *feedback* habría emergido en la medida en que provisión pública social maduró en Occidente después de la Segunda Guerra. (Skocpol & Amenta, 1986).

Un ejemplo relevante de ese tipo de abordaje histórico comparativo es el trabajo de Esping-Andersen (1996), que interpreta en clave neo- institucionalista los resultados de su muy importante estudio dedicado a explorar las transformaciones del Estado de bienestar en Europa occidental, América del Norte, Australia, Nueva Zelanda, los países anteriormente comunistas de Europa oriental, el Este asiático

y América latina. Cuando se trata de evaluar el peso que han tenido en esas transformaciones las nuevas fuerzas mundiales operando en las décadas de 1980 y 1990 (agenda neoliberal, privatización, globalización, etcétera), la conclusión de este analista es que su impacto no debe exagerarse. Los resultados de los estudios comparativos mostrarían que los mecanismos políticos e institucionales de representación de diversos intereses y de formación de consensos políticos afectan en gran medida el manejo de los objetivos asistenciales, de empleo y de crecimiento. Así como los distintos países se diferencian en cuanto a la fuerza relativa de los sindicatos y asociaciones patronales y su grado de organización y centralización, también registran diferencias en su capacidad para el manejo de los intereses en pugna.

Los países con instituciones débiles —abunda Esping-Andersen— carecen de la capacidad de negociar convenios obligatorios entre actores con expectativas antagónicas, de modo que no es posible compensar los objetivos conflictivos de políticas de bienestar, empleo y eficiencia. Los sistemas débiles o fragmentados pueden perjudicar la capacidad de una economía para adaptarse al cambio.

También se recupera en el análisis de los marcos institucionales el peso de las tradiciones nacionales. Estas se hacen notar tanto en las diferencias registradas en los Estados occidentales de posguerra en la aplicación efectiva de objetivos relativamente semejantes, como en los resultados de las políticas puestas en marcha en la actualidad para adaptarse a las nuevas circunstancias. Tales contrastes se vincularían con sus legados institucionales, las características propias de sus respectivos sistemas y los intereses particulares generados por la implantación de tales sistemas.

En artículos recientes Fabián Repetto (1998, 1999) formula una síntesis de las características del enfoque neoinstitucionalista que puede ser útil para terminar de sintetizar sus formas de abordaje.

Parte Repetto de una consideración que los regulacionistas inscribirían en una lectura de cambio de régimen: el ajuste estructural soportado por las sociedades de América Latina en la década de 1980 habría derivado en una crisis y/o desestructuración de los marcos institucionales conformados a lo largo de la segunda posguerra. Ese proceso no solo redefine el mapa de los actores relevantes en relación a sus posibilidades de manejar recursos estratégicos, también —y especialmente— se ha producido una nueva definición del *abanico de límites y posibilidades* que, a través de leyes, arreglos informales y tradiciones, moldea la interacción entre aquellos actores con intereses en diferentes políticas sociales.

Repetto recupera el concepto que ya recogimos en Skocpol, relativo a la retroalimentación recíproca entre actividad política y políticas públicas (*politics y policies*):

Interpreto a la política como la interacción entre actores sociales y estatales, portadores de recursos clave, alrededor de temas específicos, que por lo general implican disputas de intereses y concepciones ideológicas conflictivas, a la vez que entiendo a las políticas públicas como 'el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios (Tamayo Sáez, 1997, p. 281). Los procesos que vinculan ambos niveles analíticos se desarrollan mediante ciertas reglas de juego formales e informales (instituciones) reconocidas y aceptadas por

los participantes, que enmarcan prácticas de disputa y negociación entre los mismos. (Repetto, 1998, p. 64).

Considera Repetto que los intercambios entre actores involucrados en diferentes políticas públicas dependen de la calidad de los respectivos contextos institucionales. En consecuencia, serían las *instituciones* en tanto reglas, normas, prácticas informales y tradiciones que resultan de la acción humana, las que estructuran y dan cuerpo a las relaciones entre Estado y sociedad. Tales relaciones están sujetas a diferentes ritmos de cambio: en tiempos normales de la vida política la transformación se produce de manera incremental y en el margen; en épocas de crisis las mutaciones se aceleran en razón de los excesivos costos que representa mantener los viejos mecanismos de interacción.

Las reformas, sin embargo, aunque convertidas en necesarias por la crisis, no siempre resultarán eficaces para adaptarse a la nueva situación:

Las políticas existentes influyen en las demandas de los grupos y partidos contrincantes, que definen sus opciones en respuesta a las prácticas comunes. Las intervenciones previas configuran también las nociones sostenidas por los administradores y políticos sobre lo que es posible, pues la capacidad administrativa que se configura en un área no se puede alterar fácilmente para ejecutar un nuevo conjunto de políticas. Los recursos y el tiempo requeridos para crear capacidades nuevas desalientan los cambios políticos radicales, en especial, posiblemente, en tiempos de crisis económica cuando priman los resultados rápidos. (Weir & Skocpol, 1993, p. 99).

Repetto dedica también algún espacio a dos condiciones significativas en la definición de las posibilidades de regulación de las agencias estatales: *governabilidad* y *capacidad de gestión*. Coincide con Lange y Regini en la conveniencia de focalizar el análisis en las diferentes áreas de política. Afirma que en torno de cada política pública se organizará una *red institucional* que nuclea actores sociales y estatales con recursos, intereses e ideas muy variados. Todos los actores relevantes interactúan con racionalidad limitada y en condiciones de incertidumbre, por lo que se requieren mecanismos colectivamente aceptados que den forma a sus intercambios. La capacidad de gestión, en ese marco, refiere a la posibilidad de poner en marcha tales mecanismos ordenadores de las:

...diversas y múltiples interacciones que llevan adelante, a través de períodos prolongados y en ámbitos específicos de políticas públicas, los actores relevantes de la sociedad y el Estado, los cuales actúan estratégicamente guiados por intereses y cosmovisiones ideológicas potencialmente conflictivas entre sí. (Repetto, 1999, p. 3).

Podría hacerse una perífrasis y postular que la *governabilidad* se vincula a los consensos y la capacidad de gestión a la posibilidad de acordar *reglas de juego* que permitan la consolidación ordenada de esos consensos y garanticen su estabilidad en el tiempo.



El análisis institucional, por consiguiente, en tanto perspectiva relacional entre Estado y sociedad, permitiría no solo entender la interacción de actores estratégicos con intereses e ideas muchas veces contradictorias, sino calibrar y ponderar las formas en que se retroalimentan la gobernabilidad y la gestión pública o capacidad de gobernación. Esa articulación no es dada, por el contrario, como afirmaría Aglietta, se trata de una creación (o construcción) social, no solo es generada por el juego político, sino también conservada o modificada; puede, por consiguiente — como ya se señaló— variar en las diferentes áreas de acción pública e incluso en un área determinada a través del tiempo.

### *El conflicto por la definición de las reglas de juego en las diferentes dimensiones del Estado*

Las dimensiones y complejidad del Estado moderno dificultan considerablemente su abordaje como unidad. Por consiguiente, en un intento de mayor sistematicidad, abordaré el problema utilizando aquellos análisis más recortados que permiten identificar la problemática de la regulación en el interior del régimen político, el sistema político y el aparato estatal.

#### **El conflicto por la regulación en el interior del régimen político**

Entiendo como régimen político, según la definición aportada por O'Donnell, el conjunto de normas “que establecen las modalidades de reclutamiento y acceso a los roles gubernamentales, así como los criterios de representación en base a los cuales se formulan expectativas de acceso a dichos roles” (1982, p. 21). El conflicto por la regulación se instala en el interior del régimen político, a mi criterio, cuando compromete las instituciones representativas definidas por la constitución y las leyes específicas destinadas a sancionar la composición y funciones de los cuerpos políticos de gobierno, fundamentalmente ejecutivo y parlamento. Es decir, cuando las propuestas destinadas a formular o modificar reglas de juego no alcanzan aprobación legislativa al no lograrse una compatibilización de intereses o perspectivas que conforme una mayoría.

Para ilustrar el problema incorporaré un trabajo cuyas conclusiones iluminan aspectos particulares de los regímenes políticos que incidirían en la definición de los sistemas de seguro de enfermedad. Me refiero a un trabajo de Ellen Immergut (1993), que analiza los procesos políticos de formulación y aprobación de tales sistemas en Francia, Suiza y Suecia.

En las palabras de Immergut (1993), el seguro nacional de salud constituye un excelente caso para la comparación institucional, que inscribe en la perspectiva del *institucionalismo histórico*. En el planteo de su problema de investigación reproduce las coordenadas teóricas de esa escuela. Señala en primer lugar que la iniciativa de implantación de regímenes de seguro de salud ha sido parte de la agenda política de

casi todos los gobiernos de Europa occidental, que han elaborado proyectos de legislación orientados a instituir programas públicos obligatorios destinados a garantizar a todos sus ciudadanos la cobertura de atención médica. Las fórmulas legislativas utilizadas han sido también en general similares, y, sin embargo, los resultados difieren considerablemente en los distintos escenarios nacionales.

Las posiciones de diferentes actores en relación con la implantación del seguro también habrían tenido características semejantes. Los médicos, por ejemplo, han considerado tradicionalmente los programas de seguro de salud como una amenaza a su independencia profesional. Sin embargo, algunos gobiernos europeos consiguieron superar la oposición de las organizaciones profesionales para introducir tales programas, y en algunos casos ello implicó sustanciales restricciones sobre la actividad económica de sus miembros. En otras naciones, por el contrario, la profesión médica consiguió bloquear los esfuerzos para introducir sistemas nacionales de seguro, así como los intentos de ejercer algún tipo de control sobre los honorarios percibidos como remuneración de su práctica.

Immergut se propone encontrar explicación a esa diferencia verificada en la capacidad de las organizaciones médicas para imponer sus opciones en cuanto a financiamiento y provisión de los servicios de atención. En los tres países que considera en su estudio, las respectivas agencias estatales propusieron la implantación de un seguro nacional de salud y una política de control sobre los honorarios médicos. Desde similares puntos de partida, sin embargo, los sistemas de salud de Francia, Suiza y Suecia se desarrollaron en diferentes direcciones. En Suiza el seguro fue rechazado y el rol del gobierno en el mercado de atención médica está limitado a proporcionar subsidios al seguro privado. En Francia, por el contrario, el gobierno tuvo éxito en introducir el seguro nacional de salud, así como ciertos controles — limitados— sobre los honorarios médicos. El gobierno sueco avanzó aún más, estableciendo en primer término un seguro nacional de salud y luego convirtiendo ese programa en un servicio nacional, al estilo de National Health Service en el Reino Unido, que proporciona tratamiento médico en forma directa a los ciudadanos a través de médicos empleados en el sector público que trabajan en hospitales de igual carácter.

El argumento se construye en torno a que estos resultados políticos divergentes no pueden ser explicados por diferencias verificables en las ideas de los planificadores, en el posicionamiento de los partidos políticos o en las preferencias y organización de diferentes grupos de interés. Por el contrario, los sistemas resultantes serían mejor explicados a partir del análisis de las instituciones políticas en cada país. Estas instituciones establecerían diferentes reglas para el juego de agentes estatales y grupos de interés que buscan aprobar o bloquear políticas. Las reglas formales de diseño institucional proporcionan ventajas e impedimentos de procedimiento para hacer efectivo el poder político en los procesos de formulación de políticas concretas. Por otro lado, las reglas de hecho que surgen de resultados electorales y sistemas de partidos cambian las formas en las cuales estas instituciones formales trabajan en la práctica. Ambos conjuntos de reglas institucionales establecen diferentes

lógicas para la toma de decisiones que encuadran la acción de los gobiernos y la influencia de los grupos de interés.

Las reglas constitucionales y los resultados electorales establecen límites diferentes sobre la capacidad de los ejecutivos para introducir reformas. Estas barreras, a su vez, sirven como herramientas útiles para los grupos de interés que desean bloquear la legislación o están dispuestos a amenazar con detener el proceso a menos que sus demandas sean satisfechas. Consiguientemente las peculiaridades de estos mecanismos institucionales cambiarán las estrategias de actores políticos relevantes y las reglas de decisión implícitas en cada caso. [...] En cada caso, patrones diferentes de decisión política emergieron en la medida en que políticos y grupos de interés se esforzaron para utilizar los mecanismos institucionales en cada sistema. Dificultando algunos cursos de acción y facilitando otros, las instituciones redefinieron las alternativas políticas y cambiaron el posicionamiento de actores relevantes. Las instituciones, en otras palabras, establecieron un contexto estratégico para las acciones de estos actores políticos que cambiaron el resultado de conflictos específicos de política. [...] Para comprender el impacto de las instituciones sobre los conflictos políticos contemporáneos se deben analizar los incentivos, oportunidades y limitaciones que las instituciones proporcionan para los participantes efectivos. (Immergut, 1993, p. 83).

Los resultados, sin embargo, no autorizan una lectura lineal. La lógica no sería de determinación sino de construcción y reformulación continuas. En el interior de las instituciones analizadas se presentaba como posible más de un curso de acción, la sucesión de los acontecimientos dependió tanto del accidente histórico y de la inventiva de estos actores como de limitaciones institucionales. Las instituciones, concluirá Immergut, pueden señalar la probabilidad de éxito o fracaso presentes en diferentes cursos de acción, pero no están en condiciones de adelantar qué opciones finales realizarán los actores ni cómo estas opciones modificarán el tablero de juego.

### **El abordaje del conflicto por las reglas de juego en el interior del sistema político**

Las transformaciones en las relaciones entre sociedad y Estado producidas precisamente a partir de la ampliación de las actividades estatales de regulación en la primera mitad del siglo XX, se expresaron en la emergencia de mecanismos de representación de intereses y vinculaciones entre organizaciones sociales y cuerpos estatales que desbordan la noción de régimen. Para integrar ese conjunto de relaciones formales e informales con peso en las decisiones tomadas por las agencias estatales resulta útil el concepto de sistema político, definido por Portantiero (1988b) como *un conjunto de instituciones y procesos políticos, gubernamentales y no gubernamentales, desempeñados por actores sociales constituidos como tales y dotados de una cierta capacidad de poder*. Cuando la consideración aborda al sistema político, por consiguiente, no se limita a las instituciones gubernamentales de representación sino también a su relación con grupos de interés y asociaciones ciudadanas actuando en la sociedad civil.

Un buen ejemplo de las dificultades para un procesamiento ordenado de las reglas de juego institucionalizadas a través de los Parlamentos, cuando se trata de reformular sistemas de atención médica en los complejos sistemas políticos contemporáneos, es el proporcionado por diferentes analistas que reseñan, también en clave neoinstitucionalista, la conformación del sistema político estadounidense en el momento de discusión del Plan Clinton. Para ilustrar ese punto utilizaré —en una esquematización que puede cercenar parte de su riqueza— los trabajos de Peterson y Skocpol referidos específicamente a ese problema.

El limitado registro de actores e intereses presentado por Immergut en la Europa de comienzos de siglo XX: funcionarios políticos, instituciones parlamentarias, partidos políticos, profesión médica, sindicatos, se amplía considerablemente cuando se analiza el conflicto por el cambio institucional en los sistemas de representación de las sociedades contemporáneas. Además, la arena de debate se presenta particularmente fragmentada y abierta cuando se trata la regulación de aquellos sistemas donde ha predominado la confianza en el mercado y múltiples organizaciones de financiación y provisión se han constituido como grupos de interés con capacidad de intervenir en la agenda de decisiones del Estado. EEUU es un escenario de esas características y el conflicto político desatado a raíz del proyecto de reforma del presidente Clinton proporciona un caso dotado de características excepcionales para el análisis de la cuestión. También en ese país el análisis de la intervención del Estado en la organización y financiación de servicios se centró tradicionalmente en la vinculación entre intereses profesionales y Estado. La visión de la AMA como entidad todopoderosa, única organización con capacidad de “reunir 140 votos en el Congreso entre el viernes a la noche y el mediodía del lunes” conforme a la imagen expresada por el *New York Times* en 1954, (Morone, 1994) cubrió buena parte de los argumentos vinculados al fracaso de los proyectos de legislación de seguro nacional de salud elaborados a partir de la década de 1930.

Entre los grupos de apoyo de los legisladores liberales<sup>4</sup> ubicados a la cabeza de tales propuestas, algunos sindicatos podían tomar posición en la agenda de cuestiones políticas, sin adjudicárseles, sin embargo, auténtico peso a nivel del gobierno federal. Por el contrario, la mayor fuerza sindical en el terreno de la cobertura de atención médica parecía ubicarse en la negociación llevada adelante con las empresas para obtener cobertura para sus miembros. Esto pudo deberse a las características del sistema político estadounidense, donde la influencia de las corporaciones se ejerce preferentemente a través de las comisiones y cámaras en el Congreso, y al carácter descentralizado de la negociación entre empresas y sindicatos.

En las últimas décadas, sin embargo, el panorama parece haberse modificado sensiblemente. Junto a la todavía poderosa AMA, los también influyentes Colegios que agrupan a los profesionales según especialidades, y la Health Insurance Association

---

<sup>4</sup> Es necesario tener en cuenta la connotación particular de la palabra liberal en el sistema de partidos de los EEUU identificando al ala izquierda del Partido Demócrata, tradicional defensora de propuestas de reforma orientadas a la cobertura universal y el compromiso del Estado en la financiación del sistema de atención médica.

of America (HIAA), organización que tuvo a su cargo históricamente la representación de los aseguradores, han tomado posición política como contendientes en el campo de la atención médica las cámaras que representan a las organizaciones de *managed care*, las organizaciones de empleadores y una multiplicidad de grupos de *advocacy*, representantes de ciudadanos y/o consumidores, conformando una trama de intereses de conflictiva alineación tras las diferentes propuestas en debate.

Solo para mencionar algunos de los grupos más importantes, con equipos permanentes de lobistas radicados en Washington y especialmente dedicados a la defensa de sus posiciones en las Comisiones del Congreso de los EEUU, podría mencionarse —además de las tradicionales American Medical Association, American Hospital Association, American College of Surgeons, American College of Physicians, Health Insurance Association of America y los Sindicatos de la AFL-CIO- la American Association of Retired Persons, Citizen Action, la Association of Community Organizations for Reform Now, la National Leadership Coalition que reúne a las principales corporaciones empresarias, la National Chamber of Commerce, el Group Health Association of America, integrado por las HMO modelo grupo, la Federation of American Health Systems, organización de hospitales con fines de lucro y de propiedad de inversores, la Alliance for Managed Competition que representa a las cinco aseguradoras más importantes, la Alliance of Business for Cost Containment, la National Leadership Coalition for Health Care Reform y otros. (Skocpol, 1997).

Para ordenar ese complejo rompecabezas de grupos de interés y alianzas conformadas para sostener determinadas posiciones en relación a la reforma de la atención médica puede ser útil seguir el análisis que presenta Peterson, cuando identifica comunidades de representación en salud.

### Peterson y las comunidades de representación en salud

Según Peterson (1994) una comunidad de representación (*representational community*) comprende los intereses organizados en un dominio o campo político particular. El análisis histórico de un determinado campo político permitiría identificar diferentes coaliciones según las características de la organización de los intereses presentes. En los EEUU la férrea coalición de defensores del *statu quo* en el campo de la atención médica en las primeras décadas del siglo habría conformado, en su perspectiva, una comunidad de representación del tipo *bloque*, cuya consistencia simboliza bajo la imagen de un *triángulo de acero*; mientras las más heterogéneas y fragmentadas alianzas de la década de 1990 conformarían en cambio comunidades de representación identificadas como *redes políticas*.

A comienzos de siglo, el campo político vinculado a atención médica habría estado controlado por una fuerte coalición de defensores del *statu quo*, representados por pocas y sólidas organizaciones, la AMA (fundada en 1847) y la American Hospital Association (desde 1898). El número de organizaciones habría crecido en forma paulatina a partir las organizaciones de especialistas —el American College of Surgeons, el American College of Physicians, y la American Academy of Family

Physicians en 1913, 1915, 1947 respectivamente—y la consolidación de las empresas de seguro, representadas por la HIAA, en particular a partir de la segunda posguerra. Estos grupos compartían los mismos puntos de vista en relación con la actividad del gobierno: este debía proteger sus intereses, incluyendo una política impositiva favorable, pero no intervenir en la provisión y financiamiento de la atención médica.

Más tarde, a raíz de las batallas por Medicare en la década de 1950 y el retorno de la reforma de la atención médica a la agenda gubernamental en la década de 1970, esta firme coalición de intereses debió confrontar un expansivo conjunto de organizaciones que desafiaban su punto de vista. Organizaciones que siempre se habían manifestado partidarias de una reforma con orientación universalista, como la National Farmers Union, Americans for Democratic Action y las organizaciones sindicales reunidas en la AFL-CIO, habrían logrado en la década de 1970 el desarrollo de una coalición amplia en apoyo de sus propuestas. Sin embargo, la debilidad e inexperiencia de estas organizaciones no logró contrarrestar la influencia política de los antiguos poderes y prevaleció el mantenimiento del *statu quo*. Esta comunidad de representación sería una *diada* en la tipología de Peterson.

Entre esa época y la década de 1990, los profundos cambios sufridos en las condiciones de la atención médica determinaron la fragmentación y el debilitamiento de la coalición dominante. Las propuestas de la AMA dejan de ser compartidas por la totalidad de las organizaciones profesionales. Antiguas organizaciones monolíticas comienzan a mostrar fisuras. El presidente del American College of Surgeons, reconocido bastión del conservadurismo, produjo sorpresa e incertidumbre cuando anunció que la Junta de Regentes de la institución había decidido apoyar el enfoque de único pagador, en tanto mecanismo apto para asegurar la cobertura universal y a la vez la libre elección del profesional entre los beneficiarios del seguro. Aunque luego el Colegio retirara énfasis al anuncio, señalando que su posición estaría mejor explicitada si se hablaba de un *apoyo cauteloso*, la anécdota ilustra el tipo de posicionamientos conflictivos que puede llegar a conmovir la homogeneidad de los defensores del *statu quo*. (Iglehart, 1994)

También el American College of Physicians y la American Academy of Family Physicians se ubicarían en posiciones más cercanas al Plan Clinton que la AMA, mientras la American Hospital Association estaría surcada por conflictos entre sectores diferenciados por la orientación lucrativa y no lucrativa (Peterson, 1994).

En paralelo, la Health Insurance Association of America, que se había conformado como la principal representante de los aseguradores con fines de lucro, sufrió un doble desmembramiento. En primer lugar, una cantidad importante de pequeños aseguradores que temieron ser perjudicados por las propuestas de regulación emanadas de la administración Bush se separaron de la HIAA, que apoyaba ese tipo de reforma incremental a comienzos de la década de 1990, para organizar el Council for Affordable Health Insurance. En segundo término, las cinco mayores empresas (Aetna, Cigna, Metropolitan, Prudential y Travelers) abandonaron la organización en función de haber tomado fuertes posiciones en el desarrollo de planes de *managed care*, destinados a florecer si la propuesta Clinton era aprobada,

y formaron la Alliance for Managed Competition, para llevar adelante prácticas de *lobby* en sus propios términos<sup>5</sup> (Skocpol, 1997).

Igualmente importante como factor de desafío al *statu quo*, ha sido el nuevo posicionamiento de los principales compradores de seguro. Las empresas que se habían beneficiado en las negociaciones con los representantes sindicales ofreciendo a su personal amplia cobertura de atención médica en los años en que el costo de las primas se mantuvo estable y predecible y las compañías de seguro no practicaban selección de riesgo, cambiaron su posición respecto a la intervención del gobierno previamente considerada como anatema. En la década de 1980, la inquietud de los empleadores se manifestó en el surgimiento de numerosas coaliciones. Uno de sus principales objetivos —a menudo trabajando en colaboración con los gobiernos de los Estados— fue el fortalecimiento de la competencia entre aseguradores con el objetivo de contener costos, al mismo tiempo que el respaldo a los planes de *managed care*.

Las alianzas de empleadores a nivel nacional asumen múltiples formas: organizaciones empresariales como la Alliance of Business for Cost Containment, organizaciones entre empresas y sindicatos como la que reúne a los intereses vinculados a la producción de acero, organizaciones entre empresas y otros grupos de presión política, como la National Leadership Coalition for Health Care Reform. (Peterson, 1994).

La posición de los empresarios no es uniforme, sin embargo, los pequeños empleadores, representados por grupos como la National Federation of Independent Business, no aceptan la obligatoriedad de la cobertura proporcionada por el empleador, mientras las grandes compañías están dispuestas a seguir ofreciéndola; la mitad de ellas, con un porcentaje muy alto de grandes empresas apoyaron en el debate de 1992 las propuestas de seguro nacional con pagador único.

La reflexión sobre las condiciones del sistema político permite evaluar el marco institucional en el cual las iniciativas elaboradas desde el Estado deben obtener sanción legislativa. La contraposición con la imagen de un *mercado político* resulta a mi criterio suficientemente explícita. Ya sea que el instrumento de intercambio en ese mercado fuera el voto, la capacidad de presión sobre el ejecutivo, la cantidad de legisladores con posiciones favorables a uno u otro actor, o cualquier otro tipo de *moneda* basada en los recursos de poder, la influencia o la capacidad de llegar a la opinión pública, no existe la posibilidad de alinear de un lado los que están a favor de un proyecto de ley y del otro los que están en contra. No solo las organizaciones de representación funcional se han vuelto heterogéneas hasta el punto de perder cohesión en la defensa de determinadas posiciones, también, en el caso de la reforma Clinton, ninguna de ellas manifestaba oposición o apoyo *en bloque* al proyecto presidencial o a cualquiera de los otros en debate; por el contrario, estaban

---

<sup>5</sup> La Asociación de planes Blue Cross/Blue Shields, que hasta la década de 1970 constituyera otro pilar de la defensa del *statu quo*, no integrada en la HIAA por identificarse como organización sin fines de lucro, modificó también su posición a partir de la incorporación de planes de *managed care* (Skocpol, 1994).



interesadas en algunas disposiciones y temían ser perjudicadas por otras, de manera que la agregación de intereses resultaba virtualmente imposible.

La descripción del sistema político estadounidense en las últimas décadas es útil también para ilustrar la cuestión del cambio institucional en el mediano plazo, en este caso expresado en el agotamiento de las reglas de juego que permitieron la construcción de mayorías y posibilitaron así la toma de decisiones en los organismos de gobierno y la consolidación de un sistema de partidos que actuara como mediador eficaz entre la opinión ciudadana y la acción estatal. Una abundante bibliografía me exime de reiterar aquí los cambios verificados en la relación ciudadanía-partidos y en la construcción de la opinión pública en las últimas décadas. El escenario delimitado por Peterson podría completarse con la incorporación del excelente trabajo de Theda Skocpol, que por razones de espacio no puedo presentar aquí (Skocpol, 1997). La politóloga estadounidense consigue, a partir de un penetrante análisis, ilustrar las transformaciones del sistema político de su país a través del análisis del debate público generado en torno de la reforma de la atención médica.

Como demostró en ese caso el fragmentado y encarnizado debate entre los grupos de interés, los militantes partidarios y los funcionarios del Estado en los meses que duró análisis del Proyecto Clinton en las diferentes comisiones del Congreso, la agregación de intereses necesaria a la sanción de determinadas leyes se torna prácticamente imposible en sistemas políticos dotados de ese nivel de complejidad y heterogeneidad. La regulación parlamentaria no puede prosperar y el proceso de cambio se instala en el interior del sistema, a partir de pequeñas transformaciones de carácter incremental, fruto de decisiones de múltiples agentes posicionados en muy diferentes organizaciones que operan en su interior. Esto amplifica la fragmentación y heterogeneidad originarias y muy probablemente incrementa innecesariamente la estratificación de la población usuaria<sup>6</sup>.

### *Regulación y capacidades institucionales: Aparato estatal y gestión de las instituciones de reforma*

En un trabajo reciente, Vicente Palermo (1998) dedica algunos párrafos a la cuestión de las capacidades del Estado para llevar adelante sus proyectos políticos. El concepto clave, afirma, cuando se trata de poner en marcha una política y evaluar sus condiciones de sustentabilidad es el de los recursos: recursos para lograr un objetivo, recursos para tomarlo perdurable. Entre tales instrumentos otorga un lugar de relevancia a las capacidades del propio Estado, considerado tanto en su conjunto como a partir de las diferentes unidades que lo componen.

---

<sup>6</sup> Puede ser innecesario señalar las similitudes con el caso argentino: aquí, aunque el debate público no se produjo y los intereses actuaron presionando en forma directa las instituciones del Estado, faltó decisión política para completar el proceso de reforma y esta se produjo a partir del reposicionamiento de múltiples agentes presentes en el mercado de servicios y la reformulación de sus relaciones.

En relación con nuestra problemática específica, recupero dos señalamientos introducidos por Palermo en ese texto. En primer lugar, los recursos necesarios para la aplicación de una política de reformas no son los mismos que se requerirán para asegurar la continuidad de determinadas reglas de juego. El primer caso involucraría un componente de acción discrecional que el segundo no necesita. En segundo término, cuando los recursos financieros y políticos en manos del Estado son limitados, la importancia de las capacidades institucionales es crítica. Me atrevería a agregar un tercer punto a esa enumeración: en sistemas políticos tan complejos como los propios de nuestro tiempo, las agencias del Estado deben evaluar no solo sus capacidades institucionales, sino la capacidad de las organizaciones que serán afectadas por la nueva política para resistir su implementación, incluso una vez aprobada la legislación respectiva. Los tres puntos señalados se sintetizan en la noción de *enforcement* que, aplicada a la actividad del Estado remite a la capacidad de su aparato para asegurar el cumplimiento de sus disposiciones.

Para ilustrar el problema en relación a las agencias estatales encargadas de la regulación de las organizaciones dedicadas a la financiación y provisión de atención médica he seleccionado un trabajo de Hackey (1994) nuevamente referido a la situación estadounidense, que sin embargo incorpora conceptos susceptibles de ser aplicados también a otras latitudes.

Ubicado igualmente en clave neoinstitucional, el artículo de Hackey tiene como objetivo identificar las condiciones que influyen en las capacidades de las agencias estatales para poner en marcha políticas de regulación dedicadas específicamente al problema de la contención de costos en las organizaciones de provisión de atención médica. Conforme a su hipótesis, las preferencias políticas y los intereses económicos de decisores públicos y privados, y la capacidad de los funcionarios públicos para modificar la conducta de los proveedores influyen la efectividad de los programas de contención de costos.

La explicación de diferentes resultados en las políticas reguladoras se encontraría en los respectivos contextos políticos. Dado que la cultura política y la autonomía y capacidad de las instituciones políticas varían de estado en estado, diferentes resultados regulatorios deben emerger de diferentes ambientes políticos, definidos por la prevalencia de un medio ambiente cultural e institucional específico. Las condiciones de autonomía, capacidad y legitimidad de la regulación estatal serían a su criterio tanto o más importantes que la adopción de determinadas estrategias de reembolso<sup>7</sup>. Dedicó su estudio, de naturaleza comparativa, al análisis de diferentes contextos de regulación en los estados de Nueva York y Massachusetts, en los EEUU.

Según Hackey, diferentes rasgos del ambiente de toma de decisiones del Estado influyen el desarrollo de las políticas de reembolso. En una presentación esquemática serían:

---

<sup>7</sup> El disparador del trabajo de Hackey es un artículo de Thorpe, en el que compara los resultados de las políticas de contención de costos en EEUU y Canadá, y encuentra que algunos Estados en los EEUU han logrado, con sistemas de múltiples pagadores, resultados similares a las provincias canadienses con su enfoque de único pagador. (Thorpe, 1994).

- la capacidad decisoria de las instituciones políticas responsables por la definición de las tasas de reembolso; el apoyo político y presupuestario estable (y adecuado); la tasa de rotación del personal y el profesionalismo y pericia de los reguladores.
- el grado en que los actores gubernamentales comprometidos en el proceso de reembolso comparten un sentido de misión, acordando sobre los medios y fines de la regulación.
- la posibilidad de que los funcionarios públicos puedan implementar políticas que vayan en sentido contrario a las preferencias de intereses sociales poderosos; es decir gocen autonomía y autoridad para actuar contra las preferencias de los grupos proveedores.

Hackey identifica tres diferentes patrones o regímenes de relaciones entre agencias reguladoras del Estado y hospitales. Cada uno de ellos representaría un balance fundamentalmente diferente en la fuerza de negociación relativa de compradores y proveedores. En un extremo están los regímenes por imposición (*imposed regimes*), que son definidos por una extrema centralización de los poderes regulatorios del Estado, donde los funcionarios públicos poseen la autoridad para remodelar el proceso de reembolso de modo de fortalecer los intereses del Estado. En contraste, los regímenes de mercado son notables por el relativo subdesarrollo de la autoridad regulatoria y la reluctancia de los decisores para utilizar los pocos poderes que ostentan. En Estados donde la regulación y los patrones tradicionales de dominancia del proveedor permanecen en conflicto, se identifica el tercer tipo de régimen: la política de reembolso es gobernada a partir de mecanismos negociados.

### **Regímenes por imposición**

La confianza en la legitimidad del rol del Estado en la regulación del reembolso hospitalario estimula un ambiente en el cual las iniciativas de control de costos pueden ser exitosamente desarrolladas e implementadas. El apoyo político de la rama ejecutiva y la legislatura también da a los funcionarios más capacidad de presión sobre los grupos de la actividad. Los regímenes impuestos son altamente institucionalizados, presentan un bajo giro de personal burocrático y legislativo responsable por las cuestiones de reembolso de la atención médica, que contribuye al desarrollo de conocimiento especializado, y un compromiso compartido en el control de los costos de atención médica. Para conformar un régimen por imposición, sin embargo, los funcionarios públicos debieran poseer un bien definido conjunto de preferencias políticas que estén en condiciones de implementar en forma consistente como política pública.

## Regímenes de mercado

Las relaciones entre proveedores, pagadores y Estado son fundamentalmente diferentes bajo un régimen de mercado, donde los funcionarios públicos poseen poca o ninguna autoridad formal para regular la actividad hospitalaria. Es improbable que las agencias reguladoras sean promotoras de cambio, ya que la cultura política prevalente favorece las soluciones privadas a los problemas públicos, como una más eficiente y menos amenazante solución que la intervención estadual. El consenso sobre objetivos ideológicos y programáticos entre participantes privados y públicos relevantes en la red de política de salud es típicamente alto, mientras el Estado impone pocas exigencias ya sea a proveedores o pagadores; la responsabilidad por negociar las tasas de reembolso queda en el sector privado.

## Regímenes negociados

Los más comunes arreglos de toma de decisiones, sin embargo, caen de algún modo entre estos dos extremos. Bajo un régimen negociado, los esfuerzos del Estado para controlar costos están a menudo perjudicados por alto giro de personal, conflicto sobre objetivos de programa, inadecuado financiamiento para las agencias estatales reguladoras y resistencia ideológica a ese tipo de intervención. Los desarrollos y la implementación de políticas tienen un fuerte tono corporativo, en la medida que los funcionarios del Estado deben volverse hacia los grupos sectoriales para apoyo político y asistencia administrativa.

Aunque pueda existir una cuota de reiteración considero que vale la pena recuperar al menos un fragmento de las conclusiones de Hackey:

El control de costos exitoso, por consiguiente, no depende de que los proveedores sean reembolsados por un único o múltiples pagadores, pagados en forma prospectiva o retrospectiva, o el reembolso sea computado sobre una base diaria, por caso o global [...] El control de costos está estrechamente vinculado a la capacidad y autonomía de las instituciones reguladoras, de modo que, sin autoridad y pericia adecuadas, el gobierno tendrá dificultades para diseñar e implementar un sistema efectivo de financiamiento de la atención médica [...] Las responsabilidades descentralizadas de control de costos constituyen una opción deseable, porque permitirían la experimentación continua con diferentes métodos de organización y financiamiento de los servicios de atención médica, pese a la incapacidad de los Estados para mejorar significativamente el acceso a los servicios de salud. Cualquier propuesta de reforma nacional de la atención médica que deje la implementación de las políticas en manos de los Estados, sin embargo, es probable que exija construcción de instituciones (*institution building*), ya que no todos los estados poseen las palancas institucionales necesarias para negociar efectivamente con proveedores y pagadores. Para que una estrategia descentralizada tenga éxito el gobierno federal debe estar en condiciones de sostener el desarrollo de sus capacidades reguladoras; sin pericia técnica y un mandato claro de control de costos, ni los esfuerzos federales ni los estatales tienen

probabilidades de reducir significativamente el gasto de atención médica en los años futuros. (Hackey, 1994, p. 428-429).

### *La regulación del Estado sobre la profesión médica en la actual coyuntura*

Girardi (1998) aborda el problema específico de la regulación del Estado sobre la profesión médica, que impondría límites al derecho a la autorregulación vinculándolo a las exigencias derivadas de la reforma sectorial. En su perspectiva, la naturaleza intensiva del trabajo en servicios de salud, su extrema dependencia del trabajo profesional y las consiguientes dificultades para adoptar alternativas tecnológicas que permitan el ahorro de fuerza de trabajo, vinculan las posibilidades de éxito de las políticas de reforma que procuran aumentar eficiencia y eficacia de los servicios a dos tipos —relacionados entre sí pero específicos— de capacidades del Estado: la capacidad de gestión de las relaciones de trabajo y la capacidad de gestión de las relaciones profesionales en organizaciones de salud. En ambas áreas se producirían serios problemas de gobernación que obstaculizarían la eficacia de las reformas.

El análisis de Girardi se ubica en la situación de Brasil, donde el régimen de regulación de la profesión médica se encontraría a su criterio bajo severo escrutinio. A través de los *media* y de parte de la literatura especializada se formulan reclamos contra la excesiva preocupación protectora que los Consejos Profesionales dedican a su membrecía, en detrimento de los derechos del público, especialmente en procesos que suponen conflictos éticos entre clientes y profesionales y cuestiones de errores y mala praxis por parte de estos últimos.

En paralelo, un creciente número de ocupaciones o profesiones menores en el área de salud se quejan del elitismo y las características de escasa permeabilidad del sistema de regulación profesional en relación a sus demandas.

Por su parte, las profesiones reguladas y largamente establecidas, como medicina, odontología y farmacia reclaman la adecuación de importantes aspectos de la legislación que reglamenta su ejercicio. En nombre de la defensa del interés público demandan una ampliación de su jurisdicción destinada a fiscalizar, no solo el ejercicio de sus pares, sino la actividad de empresas ocupadas en la producción de servicios profesionales. En particular exigen mayores posibilidades de regular el flujo de ingreso de los profesionales en los mercados de trabajo a través de un mayor control sobre el sistema educativo.

El mismo gobierno reconoce la ineficacia de su gestión sobre las profesiones. La inexistencia de una instancia de coordinación de la política pública sobre las profesiones se habría puesto en evidencia a partir de las negociaciones dedicadas a la formación de mercados unificados de servicios profesionales en el Mercosur.

Las críticas sobre el régimen de regulación existente surgen por consiguiente de diversos orígenes y expresan expectativas ampliamente diferenciadas, incluso inconciliables en alguna medida. La situación de multiplicidad y rivalidad de demandas se plantea como problema para las instancias de gobierno encargadas de la regulación. Por otra parte, la regulación de la actividad profesional se vincula con una serie de

reformas institucionales también en curso: reforma laboral, del empleo público, de la seguridad social, reforma administrativa del Estado y, particularmente, reforma de la salud. Pese a las especificidades a reconocer, en cada una de ellas existe una direccionalidad de conjunto en las definiciones políticas que se les aplican:

- *apelación a los mercados*: es decir, preferencia por elecciones descentralizadas, tomadas por agentes más o menos autónomos, coordinados en sus decisiones por mecanismos autorregulables de la oferta, la demanda y los precios;
- *apelación a la eficiencia*: es decir, preferencia por arreglos que optimizan la relación costo/beneficio;
- *apelación a la flexibilidad*: es decir, preferencia por organización sustituible, modular, adaptable, temporaria, etcétera. (Girardi, 1998, p. 179)

## La regulación de la empresa sobre su ambiente interno y externo

### *La problemática de la regulación económica en niveles meso y micro*

En este punto inicio una recuperación de lecturas que formulan interrogantes sobre las condiciones en las que el *mercado* puede convertirse en eficaz regulador de los sistemas de servicios de atención médica. Ese interés me obliga a dar cuenta de trabajos vinculados a la ciencia económica, aun careciendo de una formación sólida en ese campo. Comienzo, por consiguiente, recuperando los problemas de léxico, que puede representar un obstáculo en el intento de comenzar a tejer articulaciones entre economía y política.

En el análisis de la actividad económica a niveles meso y micro no es frecuente encontrar referencias explícitas a formas institucionales que den cuenta de específicos mecanismos de regulación. Los adherentes a la Escuela de la Regulación utilizan ese léxico cuando abordan formas institucionales de nivel meso, como sería la regulación del trabajo en un área particular de la actividad económica; sin embargo, ya hemos visto que su análisis se ubica preferentemente en niveles macro. En lo que respecta a la economía institucional, aunque buena parte de su esfuerzo analítico se orienta a cuestionar las hipótesis neoclásicas relativas a la capacidad de los mercados para hacerse cargo de la coordinación de la actividad económica, sacando a luz tras ese objetivo las formas de organización alternativas que comparten esa responsabilidad en las economías capitalistas, la cuestión no se plantea en general en términos de regulación, instituciones o gobernabilidad, sino de organización, coordinación, eficiencia y, ocasionalmente, desempeño. Dos referencias relativamente frecuentes remiten a significados próximos a instituciones o definición de reglas de juego: se trata de las expresiones *estructuras de gobernación y forma institucional*.

En el primer punto del análisis que presento a continuación abordo la identificación de la firma como institución alternativa al mercado —en tanto dotada de capacidad para coordinar la actividad económica— que ha sido tradicionalmente descuidada por la perspectiva neoclásica. Con el apoyo invaluable de un artículo de Coriat y Weinstein (1995) intentaré defender mi argumento. Este se orienta a subrayar que, cuando se habla de las funciones del empresario, tales funciones son pensadas al mismo tiempo como mecanismos de regulación de la actividad económica alternativos a la lógica del mercado. O bien, cuando se enfatiza la importancia de las formas de organización de una empresa y se hace referencia a mecanismos de incentivos, acuerdos entre los diferentes agentes y formas de remuneración, estos pueden ser leídos en paralelo como reglas de juego o directamente como formas institucionales. Más aún, cuando se abandona el espacio propio de la firma y se avanza sobre las relaciones entre diferentes agentes económicos que no se limitan a transacciones puntuales y discretas en el mercado, los acuerdos que los vinculan contienen normas explícitas o implícitas que permitirían abordarlos como formas institucionales destinadas a regular sus intercambios.

### *El aporte de la economía institucional*

Para esta reseña, cuyo objetivo es sistematizar algunas ideas útiles para pensar mecanismos de regulación identificables en la actividad económica a niveles meso y micro, abordaré en primer lugar la cuestión de la empresa o firma. Como ya señalé, pretendo seguir a Coriat y Weinstein en el razonamiento que conduce a proponer a la organización empresaria como un mecanismo clave para la eficacia y eficiencia en la producción de bienes y servicios, en función de su nivel de control de los ambientes interno y externo y el desarrollo de estructuras de gobernación.

En la introducción de esa obra, sus autores hacen referencia a los interrogantes que todavía subsisten en relación a la naturaleza económica de la firma en tanto elemento fundamental de la dinámica capitalista, interrogantes que la teoría neoclásica no estaría en condiciones de develar:

Colocada en el corazón de las preocupaciones de los actores en la vida social, la empresa ha sido objeto de un conjunto de interrogantes importantes por parte de los teóricos de la economía. En efecto, mientras cada vez concitaba más atención y se convertía en un objeto de análisis cada vez más cerrado, era necesario rendirse a la evidencia: la reina estaba desnuda... La tradición dominante en la economía, la que es imperturbablemente enseñada en nuestras escuelas y a menudo incluso en nuestras universidades, continuaba en efecto, la mayor parte del tiempo, sin tener qué decir, o casi, sobre la empresa. En las construcciones académicas del equilibrio general —referencia esencial de la teoría económica contemporánea— la firma, como se lo mostrará en detalle en un instante, es una “firma punto” y una “firma autómatas”. Planteado el contexto, sus reacciones son exactamente previsibles, es pensada como un organismo reflejo más que como un actor verdadero que pesa sobre el curso de las cosas. Y su substancia se reduce a nada, no abriga en el mejor de los casos más que una combinación técnica que puede desarmarse



infinitamente para adaptarse a las modificaciones del universo en el cual se inserta (Coriat & Weinstein, 1995).

Conforme a esta crítica —compartida hoy por un importante número de analistas— los presupuestos del modelo neoclásico llevarían a dar a la firma un lugar limitado, haciéndola objeto de una conceptualización muy simple. Su análisis sería un componente más de la teoría de los precios y de la asignación de los recursos, sin llegar a la formulación de una verdadera teoría de la firma con objeto propio y específico.

Sin embargo, esa teoría particular se habría desarrollado en forma intermitente a partir de la década de 1930, en la que se produce un primer florecimiento de la economía institucional, que se encontraría ya debilitado al comienzo de la postguerra (Williamson, 1989). Los primeros hitos que apuntan al develamiento de la naturaleza de la firma podrían reconocerse a partir de un artículo escrito en 1926 por Pietro Sraffa, que cuestionó el modelo de competencia perfecta. Una dimensión central en los análisis estimulados por ese enfoque fue el desplazamiento del centro de interés desde la teoría del equilibrio de las condiciones de producción y de distribución de los bienes hacia el estudio del comportamiento y de las interacciones entre los productores. La firma se habría convertido así en protagonista.

De todos modos, los fundamentos teóricos habrían permanecido sin modificarse. El ambiente de la firma es reconocido como más complejo, pero sigue siendo un dato al cual se adapta, así como al estado de la técnica y las condiciones de producción. Coriat y Weinstein señalan en este punto una paradoja: se ha identificado un actor clave y, sin embargo, no ha sido dotado de dimensión, es una *firma punto*, y permanece fundamentalmente pasivo, configurando una *firma automática*.

La firma es percibida como un actor, pero al mismo tiempo considerada como una caja negra que se reduce a un punto en el espacio de las relaciones de mercado, dotada del mismo estatus teórico que el consumidor individual. Esto conduciría a dificultades para integrar la cuestión del empresario y a la vez dar cuenta de las funciones a su cargo:

- una función de innovación y creación, según el análisis clásico de Schumpeter;
- una función de adquisición y explotación de la información, planteada por la escuela austriaca, Hayek y más tarde Kirzner: el empresario es quien debe tomar las decisiones en un contexto de gran incertidumbre, y de una incertidumbre en la que el agente no puede, a partir de su experiencia pasada afectar las probabilidades de los acontecimientos futuros;
- una función de organización y coordinación de la producción; mientras la concepción neoclásica supone la existencia de una función de producción y de factores de producción perfectamente definidos y conocidos, el funcionamiento de la firma revela la reunión de factores en parte mal definidos y no ofrecidos por el mercado, y la necesidad de combinarlos de manera eficiente.

Por consiguiente, la actividad del empresario solo podría ser abordada en su integridad tomando en cuenta las cuestiones que tocan a la incertidumbre y a la

información, y cuestionando las representaciones del comportamiento racional que no consideran la complejidad de la estructura interna de la firma.

Coriat y Weinstein describen en su obra un largo proceso de elaboración de herramientas analíticas destinadas al análisis de la empresa del que no puedo dar cuenta en las dimensiones de este trabajo. Tomaré por consiguiente un atajo y haré referencia a su observación de que fue en la década de 1980 y frente a la ofensiva privatizadora neoliberal que ese utillaje teórico pudo ser finalmente reunido y puesto a punto. Se habría desarrollado en esos años como justificación de esa ofensiva un abordaje de los aspectos *burocráticos* de la firma, aplicado fundamentalmente al análisis de las empresas públicas. En contraposición a esa idea, la economía institucional recupera aportes vinculados a los límites de funcionamiento y las pérdidas de eficiencia inherentes a toda gran empresa, que se hacen evidentes cuando se la reconoce como una organización compleja en la cual arbitrajes y negociaciones son el único medio de llegar a objetivos aceptados por todos.

En ese desarrollo, Coriat y Weinstein identifican algunos momentos clave: la formulación de Liebenstein de su hipótesis de eficiencia X, el enfoque histórico de Chandler y la lectura de la firma como nexo de contratos que se encuentra en los trabajos de Williamson y los responsables de la teoría de la agencia. Intentaré presentar a continuación un resumen de esos aportes.

Liebenstein sostiene que el rol central en la búsqueda de eficiencia corresponde a la calidad de la organización interna la firma. La tarea central de esa organización es precisamente la obtención de la mayor intensidad posible de utilización de los factores y especialmente de las unidades de trabajo compradas, para llegar a la mayor eficiencia posible.

A partir de ese supuesto se elabora una reflexión cuidadosa sobre los mecanismos de incentivos (en particular los sistemas de salario y los modos de remuneración), susceptibles de obtener esa intensidad de utilización de factores; también se destaca la importancia de las *convenciones*, explícitas o implícitas, entre los actores que componen la firma como determinantes de la eficiencia económica. Siendo el contrato de trabajo necesariamente *incompleto*, ya que no puede prever en detalle todo lo que se exigirá al asalariado, será necesario prestar atención a las formas de remuneración utilizadas y a las diferentes técnicas de incentivo y motivación, a menudo puestas en práctica a través de acuerdos que regulan las relaciones entre los agentes en el interior de la firma.

Esos desarrollos convierten a Liebenstein en precursor de las teorías actuales que representan a la firma no ya como una *combinación de factores* sino como una organización, en el seno de la cual las convenciones y contratos, implícitos y explícitos, asumen un rol clave. Pensando en términos de regulación diríamos que delimitan las reglas de juego.

Un segundo aporte se vincula con el abordaje histórico de Chandler, que permitirá el análisis de la firma y sus metamorfosis a partir de tres ejes de reflexión:

1. La firma como institución económica que agrupa un conjunto integrado de unidades funcionales y operacionales, administrado por una jerarquía con

diferentes niveles. Chandler considera tres ordenamientos institucionales de base: mercado, firma y federación, esta última definida como una asociación de unidades autónomas. La firma se define así en oposición al mercado, como una forma institucional alternativa de asignación de recursos y coordinación de actividades. Se opone al mercado en tanto sustituye la coordinación mercantil por la coordinación administrativa, pero también a la federación, desde el momento en que instituye una coordinación basada en un sistema jerárquico y un control centralizado. En ese punto se ubicaría la fuente de su eficacia.

2. La raíz de las nuevas formas organizativas y de la lógica de su evolución se coloca en las transformaciones de la tecnología y la expansión de los mercados.
3. La teoría de la firma puede concebirse a partir de una teoría de la eficiencia de las formas institucionales y de las formas de organización. Punto esencial, esta eficiencia se concibe en una perspectiva de largo plazo. La firma moderna se impone relativamente a otras formas organizacionales, a través de una evolución larga, por su capacidad de autodesarrollo y de dominio de las transformaciones de los procesos de producción y de distribución. Y se impone como una forma institucional duradera.

Chandler propone por este camino una teoría de la evolución de la firma como organización dinámica. En el centro de esa dinámica se encontraría lo que llama las capacidades de la organización, en tanto conjunto de elementos físicos y de competencias humanas, aptitud para crearlos y renovarlos y aptitud para integrarlos y coordinarlos de tal manera que el todo deviene algo más que la suma de las partes.

Por último, los análisis de Williamson, la teoría de la agencia y los trabajos de Aoki ofrecerían tres versiones de lo que se puede calificar como enfoques contractuales de la firma en el sentido de que la firma está representada en ellos básicamente como un sistema de relaciones, con carácter contractual, entre agentes económicos individuales.

El principal aporte de Williamson a la economía institucional radica en la elaboración de una idea propuesta originariamente por Coase en la década de 1930 que lleva a reconocer la presencia de costos de transacción junto a los tradicionales costos de producción. A partir de un trabajo de ampliación e integración Coase recupera algunos elementos de análisis hasta ese momento dispersos en el campo de la economía, el derecho y la teoría de las organizaciones, que hacen a la preocupación por la búsqueda de mayor eficiencia en el interior de la empresa y que Williamson integra en su examen de la organización económica bajo la perspectiva de la economía del costo de transacción.

La preocupación focalizada en los costos de transacción permite a Williamson ampliar considerablemente la problemática vinculada a la formulación de los términos de un contrato y las garantías de su cumplimiento por parte de los agentes involucrados, que aborda como gobernación de las relaciones contractuales. Uno de los problemas de la organización económica radicaría en conformar estructuras de contratación destinadas a operar en condiciones de racionalidad limitada y posibles conductas oportunistas. Mientras el aporte del derecho lo lleva a considerar

la actividad de la firma en función de transacciones y contratos, la teoría de la organización le permite identificar la importancia de la capacidad de adaptación de las estructuras de gestión y sus posibilidades de orientar el proceso de toma de decisiones y la interacción entre los agentes comprometidos en tales actividades.

La cuestión del poder tiene también un lugar en este enfoque. La economía de los costos de transacción no caracteriza a la empresa conforme a la visión clásica de su función de producción, sosteniendo en cambio que la empresa es más bien una estructura para ejercitar poder. El enfoque de gobernación, adoptado por Williamson, enfatiza la necesidad de un diseño institucional. La negociación de contratos no se limita a administrar o resolver posibles conflictos presentes; es necesario también “reconocer por adelantado el conflicto potencial y diseñar estructuras de gobernación que lo impidan o atenúen” (Williamson, 1989, p. 39).

La diversidad de las formas de organización en el interior de las empresas — que conforman en última instancia diferentes estructuras de gobernación— son explicadas a partir de las particularidades de las transacciones a su cargo; la elección de una estructura organizacional responde ante todo a un criterio de eficacia: será elegido el arreglo institucional que minimice los costos, costos de transacción más costos de producción.

Según Coriat & Weinstein, este argumento significa un retorno a la concepción que supone la racionalidad de los agentes. Postula que la selección conduce siempre al *máximum* de eficiencia, sin un verdadero análisis de los procesos de selección y de creación de formas institucionales. Un segundo problema es que toma la tecnología y su evolución como un dato. No puede explicar las relaciones entre dinámicas tecnológicas y cambios institucionales.

Ese sería el punto en que Williamson se separa de Chandler. En el análisis de este último se reconocerían dos dimensiones de la firma, la firma como organización y la firma como institución. El análisis de la firma como institución tiene también en cuenta dimensiones como pluralidad de agentes, problemas de coordinación y compatibilización de los comportamientos individuales, pero avanzaría en dos direcciones complementarias: la toma en consideración de las dimensiones sociales (como expresión del sistema legal y jurídico en el cual se inserta y que pone límites a su actividad) y la búsqueda de una puesta en perspectiva histórica de las formas organizacionales.

Esto supone vincular los diferentes niveles de análisis, micro, meso y macro. Ubicar la firma y sus formas de organización en un contexto social, legal y político más global, que incluye de manera central los sistemas de derechos de propiedad o incluso las formas de relación entre banca e industria y los sistemas de financiamiento, y más ampliamente el conjunto de reglas, convenciones y sistema de sanciones históricamente constituidos que fundan los modos de relación entre los agentes. Implica por consiguiente tomar en cuenta los procesos de transformación de las diferentes formas institucionales y en particular de las estructuras de la firma en relación particularmente con la evolución de las condiciones de producción y de los mercados, así como las condiciones sociopolíticas propias de diferentes países y diferentes periodos históricos.

Los estudios de economía institucional dedicados a la organización de servicios de salud suelen utilizar con frecuencia el concepto de agencia. Una relación de *agencia* se define como un contrato por el cual una o varias personas (el principal) encarga a otra persona (el agente) ejecutar en su nombre una tarea cualquiera que implique una delegación de cierto poder de decisión al agente. La relación de agencia, por consiguiente, recubre toda relación entre dos individuos en la cual la situación de uno dependerá de una acción del otro. El individuo que actúa es el agente, la parte afectada es el principal (relación paciente-médico, relación asalariado-empleador, en este caso cada parte puede ser considerada como principal o agente según el ángulo desde el cual se mire la relación).

Se reconocen problemas específicos propios de esta relación cuando existe divergencia entre los intereses de ambas partes, particularmente si existe información imperfecta sobre el objeto de acuerdo, o asimetría de información entre principal y agente. Este último habitualmente conoce mejor las especificidades de la tarea a cumplir (contrato necesariamente incompleto) y el principal carece de medios para controlar de manera integral y sin costos su actividad (Coriat & Weinstein, 1995).

La teoría de la agencia plantea por consiguiente la necesidad de construir un sistema de incentivos y de supervisión que conduzca al agente a comportarse como si buscara maximizar los intereses del principal. Los sistemas de pago y monitoreo utilizados en la organización de servicios de atención médica son analizados como mecanismos orientados a estimular conductas cooperativas entre agentes portadores de intereses específicos pero vinculados en una relación de interdependencia. Aunque la relación de agencia se ha utilizado preferentemente para caracterizar el vínculo entre médico y paciente, también se ha mostrado adecuada para sacar a luz los problemas que pueden presentarse en la relación entre médicos y hospitales. En este caso se incorporan desarrollos específicos de la teoría de la agencia que conducen a considerar la firma como un nexo de diferentes contratos. Estas perspectivas se han aplicado fuera del sector atención médica a las relaciones entre los accionistas inversores y el nivel gerencial de las empresas, que tendrán intereses relativamente diferentes en la aceptación de riesgo. (Robinson, 1997).

## El mercado de atención médica como instancia de regulación

Como describiré en el capítulo destinado a ejemplificar nuevas formas de regulación de las actividades de atención médica a partir del análisis de las estrategias de *managed care*, originadas en EEUU y difundidas en los últimos años en diferentes países de América latina, los supuestos analíticos de la economía institucional se han aplicado consistentemente al análisis de las organizaciones de salud, a partir de la exploración de las condiciones particulares que presenta en ellas la relación de agencia, la importancia de las formas organizativas en la orientación de la conducta

de proveedores y pacientes, la incorporación de preocupaciones en torno los costos de transacción en el diseño de redes de servicios y, en relación a estos, las condiciones de eficiencia relativa de las diferentes modalidades de integración.

En este punto quiero tan solo incorporar ideas de orden más general, formuladas en torno a la necesidad de aplicar esos enfoques de nivel meso y micro en el análisis de los mercados de atención médica. Me basaré para ello en dos trabajos: el primero de ellos es un artículo de Robert Evans en el que se presenta una metodología de identificación de *modelos* para el abordaje de cuestiones relativas a las especificidades propias de los mercados de salud, en particular lo que este autor reconoce como *formas de integración incompletas* en la financiación y provisión de atención médica. Se identifican como tales las relaciones establecidas de manera relativamente estable entre diferentes agentes en el interior de los sistemas de servicios. Un segundo artículo, cuya autoría corresponde a James Robinson avanza sobre la conceptualización propia de la economía institucional, que podría aplicarse para predecir diferencias de desempeño en las formas de integración actualmente en desarrollo en EEUU para la formación de redes de servicios.

### *Evans y su perspectiva de la integración incompleta*

Puede pensarse que el objetivo de Evans es mostrar las especificidades del sector salud desde una perspectiva que vaya más allá del enfoque de oferta y demanda y el respectivo énfasis en fallas del mercado. Su punto de partida está colocado en las dificultades que se presentan para la delimitación del mercado de atención médica cuando se lo aborda como un conjunto de relaciones de intercambio discretas —es decir delimitadas en el tiempo y los alcances— entre oferta y demanda, establecidas entre agentes que son considerados como contratantes independientes.

El núcleo de su argumento se vincula con el carácter relativamente estable de las relaciones entre los agentes que operan en ese mercado, la consiguiente necesidad de delimitar los rasgos estructurales de integración resultantes —variables en los diferentes sistemas de organización de la atención médica— y sus consecuencias sobre la interacción entre proveedores, pacientes, aseguradores y gobierno. En su hipótesis de trabajo las diferentes modalidades de integración verificables en la industria de atención médica tendrían influencia significativa sobre su conducta y desempeño, es decir, siguiendo nuestra línea de razonamiento, operarían como reglas de juego. Evans caracteriza como rasgos específicos de la industria de atención médica:

- una estructura del proceso de asignación de recursos que combina mecanismos de *comando* y de mercado;
- la existencia de mercados caracterizados por transacciones multilaterales entre agentes cuyo grado de independencia es limitado y variable según sistemas o formas organizativas;
- a presencia de cinco clases de tales agentes o contratantes: consumidores, proveedores de atención primaria, proveedores de segundo y tercer nivel de aten-

ción, gobiernos, oferentes de seguro o compradores de riesgo, cuya presencia en los sistemas de salud reemplaza a los tradicionales oferentes y demandantes de un bien o servicio<sup>8</sup>;

- una regulación estatal más extensiva y cualitativamente diferente;
- diferentes modalidades de integración entre gobierno-seguro-proveedores.

### Relaciones entre pacientes, proveedores de primera línea y gobierno

Dentro del marco más general en el que el autor procura identificar raíces estructurales —reglas de juego que actúan como incentivo de conductas oportunistas— en las fallas de desempeño reconocidas en la producción de atención médica, reconoce como los vínculos fundamentales, aquellos con más larga historia y mayores semejanzas entre los diferentes sistemas de atención médica, las relaciones que se establecen entre pacientes, proveedores de primera línea y gobierno.

Tales relaciones se expresarían a partir del doble concepto de *rol de agente* y *auto-gobierno*, implicando ambos la transferencia de funciones económicas desde sus poseedores *habituales* a los proveedores de primera línea. Los pacientes consumidores permiten a los proveedores actuar como sus agentes en la realización de elecciones de consumo, con respecto tanto a la demanda dirigida sobre los proveedores de segunda línea como a sus propios servicios. El consumo efectivamente realizado es producto de decisiones conjuntas en las cuales la influencia relativa de proveedor y consumidor varía según el tipo de decisión. Resultaría evidente, sin embargo, que la integración entre proveedores de primera línea y consumidores es incompleta, en la medida en que no comparten intereses idénticos: el profesional conserva objetivos personales que pueden ser conflictivos con los del consumidor/paciente. Las bases legitimadoras del derecho a la autorregulación de la conducta profesional descansan sobre la internalización y gestión de este conflicto de intereses por parte del médico, que se supone actuará priorizando el bienestar de su paciente.

### Relaciones entre proveedores de segundo nivel

Un segundo conjunto de relaciones que reflejan integración incompleta se vincula a las relaciones entre médicos y hospitales. La relación triangular de médico, paciente y hospital, según Evans, ha sido particularmente difícil de manejar en términos

---

<sup>8</sup> Los hospitales y farmacias, por ejemplo, no tratan directamente con los pacientes. Sus relaciones están mediadas por los médicos, que admiten pacientes en los hospitales y dirigen su tratamiento allí, y prescriben las drogas que las farmacias proveen. El consumo, en submercados como atención hospitalaria, servicios médicos y prescripción de medicamentos está orientado por una serie de decisiones encadenadas que permiten abordarlos como formas de integración vertical incompleta. De ese modo cualquiera de ellos resulta inseguro para describir (y complejo para analizar) como una relación simple, bilateral entre consumidores y proveedores de tipo más o menos homogéneo.



analíticos, los modelos económicos pasarían de ignorar al médico y suponer que los pacientes compran directamente los servicios hospitalarios, a suprimir el hospital como un contratante independiente y tratarlo como una extensión del consultorio. Más recientemente se ha sugerido que el hospital sea considerado como dos firmas, ambas interactuando en una sola institución, y contratando a nivel político o burocrático tanto como económico. Las condiciones de integración incompleta se presentarían aquí en razón de que los procesos de asignación interna al hospital no están gobernados por precios o mercados explícitos, y tampoco una única relación de autoridad.

Lo significativo en el argumento de Evans es que un número de decisiones en los hospitales vinculadas a qué y cómo se produce son realizadas por médicos que en determinados modelos organizativos no son empleados del hospital. Muchas de las funciones empresariales propias de los hospitales son así asumidas por los profesionales, cuyos intereses y objetivos pueden ser diferentes a, o conflictivos con, los del hospital.

Otros proveedores de segundo nivel aparecen mucho más diferenciados en su relación con el resto del sistema de atención médica: los fabricantes de medicamentos y equipo médico están organizados como firmas privadas, básicamente orientadas al beneficio con productos altamente diferenciados, y aunque estén estrictamente reguladas por el gobierno tienen control sobre sus propias funciones empresariales. Sus mercados, sin embargo, tienen características peculiares: los fabricantes de fármacos venden a los pacientes a través de los médicos, los fabricantes de equipos venden a los hospitales y, en menor medida a los médicos, que son quienes los utilizan en la atención de pacientes. La extensión y sofisticación del esfuerzo de *marketing* de estas empresas, dirigido sustancialmente sobre los médicos, permite pensar que las percepciones de estos sobre la calidad y eficacia de la tecnología disponible resultan alteradas por tales técnicas de propaganda. En ese proceso los fabricantes se integran —en forma también incompleta— hacia adelante en función de volúmenes y *mix* de producto que se obtienen a través del rol de agente del proveedor de primera línea. Una observación se hace necesaria aquí: aunque el rol de agente en este proveedor de primera línea esté efectivamente orientado por limitaciones éticas, estas no alcanzan a modelar la conducta de las empresas proveedoras de este tipo de insumos cuyos objetivos se identifican con la obtención de beneficio (Evans, 1981).

## Relaciones entre gobierno, seguro y proveedores

Por último, las mayores diferencias entre modelos de organización de servicios radican en las formas de integración entre gobierno, seguro y proveedores de atención médica. En Canadá los gobiernos han tomado directamente a su cargo la función de seguro y juegan un rol significativo en la cobertura de medicamentos. Ese control es un recurso crítico en la operatoria y formación de capital en el sector hospitalario y en las modalidades de utilización de fármacos. En el Reino

Unido, el gobierno ha absorbido casi por completo la función de seguro y antes de las reformas de la década de 1980 tenía a su cargo la administración de oferta de primera y segunda línea, que en la actualidad se rigen por reglas de competencia regulada. La introducción de este tipo de reforma se hizo con el propósito declarado de cambiar las reglas de juego. En los EEUU, en cambio, el gobierno se ha hecho cargo de solo una parte de la función de seguro, básicamente los componentes no lucrativos (seguro para pobres y ancianos) que no interesan a las firmas privadas. Comparando la experiencia de EEUU y Canadá señala Evans que la toma a cargo parcial de la función del seguro no permite al gobierno influenciar la conducta de los proveedores con la misma eficacia que si posee el control completo. La habilidad de los gobiernos para influenciar las decisiones de presupuesto e inversión de capital o formación de precios de los médicos a través de los procesos de pago resulta debilitada cuando las fuentes de recursos son múltiples y diversas.

Cuando el control del gobierno es limitado, como sucede en la mayoría de los sistemas con importante componente de provisión privada, la integración entre seguro y proveedores puede asumir diferentes formas. En EEUU los primeros planes de seguro de enfermedad fueron respaldados y dirigidos por médicos u organizaciones hospitalarias (los famosos *Blue*), y sirvieron como medios para incrementar el flujo financiero destinado a la provisión de atención médica, capacitando a los proveedores para aumentar precios y/o productos, así como redistribuir costos. De ese modo los proveedores de primera y segunda línea se integraron hacia atrás con el seguro. En las últimas décadas, en cambio, el desarrollo de las organizaciones de *managed care* se funda en una intensiva integración hacia adelante de la organización del seguro con la provisión, a partir del establecimiento de contratos exclusivos con grupos cerrados de médicos y propiedad de hospitales. En ambas modalidades las reglas de juego son diferentes. La explicitación de esta diferencia estaría registrada, en la perspectiva de Evans, en la información disponible sobre utilización de servicios, decididamente influenciada por las formas de integración entre seguro y proveedores, al igual que los niveles de costo.

En este y otros aspectos la problemática desplegada por Evans pone el acento en el problema de la *regulación* de los servicios y más específicamente en la atribución a diferentes agentes de la facultad de decidir prioridades de asignación de recursos para la atención a una población determinada. Como él también señala, diferentes modalidades de integración entre contratantes dan diferentes respuestas a la pregunta central: *¿De quién es este paciente?* De esta manera, el argumento sobre formas organizativas y capacidad de cada una de ellas de delimitar y aplicar reglas a determinada actividad —en este caso la práctica médica— conduce a la formulación de un interrogante que pone en escena la problemática del *poder*.

Como corolario de su análisis Evans reconoce esa problemática, cuando señala que los problemas de estructura en producción de servicios de atención médica conducen al analista hacia el problema fundamental de política social: el diseño de tramas institucionales adecuadas, para que las decisiones de asignación de recursos sean tomadas por personas o grupos que posean la información necesaria para

optimizarlas, y se encuentren bajo incentivos apropiados para asegurar una correspondencia de objetivos privados y sociales.

### *Robinson y las formas de integración vertical y virtual*

En un artículo publicado en 1997, James Robinson declara expresamente su intención de utilizar los conceptos de la economía institucional para analizar los cambios en la organización de los servicios de atención médica en EEUU. Selecciona para ello la teoría de la agencia, la economía de los costos de transacción y las visiones de capacidades dinámicas de la firma como tramas teóricas capaces de iluminar tres diferentes funciones de organización bajo modelos de *managed care*: coordinación, gobernación e innovación. Bajo tales parámetros estudiará las ventajas comparativas de la propiedad unificada (integración vertical) y las redes contractuales (integración virtual), como medios para coordinar conductas en ambientes económicos competitivos.

Según Robinson, las explicaciones de base tecnológica para la integración médico-hospitalaria utilizadas generalmente por la perspectiva neoclásica, deben ser confrontadas con las transformaciones de los últimos años que han disminuido la interdependencia tecnológica entre ambos elementos. El desarrollo de las técnicas de diagnóstico y terapéutica está permitiendo que una cada vez mayor proporción de la atención médica se produzca en ambulatorio, en una instalación de atención subaguda o en el hogar del paciente. Cuando se aplica el análisis a sistemas de *managed care*, se debe tener en cuenta además que los incentivos financieros presentes en los pagos por capitación motivan fuertemente a los médicos a reducir o reemplazar los servicios brindados en internación.

Por otra parte, la aplicación del criterio de economías de alcance no es suficiente para explicar la opción entre integración vertical a través de propiedad unificada o integración virtual a través de relaciones contractuales. La búsqueda de economías técnicas de alcance no conduce necesariamente a la integración de la propiedad. La presencia de activos comunes e indivisibles requiere que ambos servicios se produzcan conjuntamente, no por la misma firma.

Robinson considera más productivo el análisis de la organización. Uno de los supuestos que lo orientan es que la diferencia de formas organizativas puede pensarse como resultado de un proceso por el cual las formas que efectivamente se consoliden serán aquellas que pueden controlar mejor las fallas de agencia motivadas en cuestiones técnicas, de información y motivacionales.

Para abordar los problemas así identificados utilizará herramientas desarrolladas por la economía institucional: la teoría de la agencia que permite reconocer las posibilidades en el diseño de incentivos brindadas por diferentes formas de contratos, y la economía de los costos de transacción, en su focalización específica orientada a subrayar el carácter necesariamente incompleto de la mayoría de los contratos.

En razón de los límites cognitivos de los agentes económicos, su disposición a perseguir el autointerés con engaño y dolo, y los cambios inesperados en

el ambiente económico, todo contrato, aun el más detallado, es inherentemente incompleto. Nadie puede anticipar y acomodar futuros eventos que afectarán en diferentes maneras los diferentes intereses de las partes en negociación. Los contratos formales necesitan ser apoyados por medios organizacionales para responder a eventos imprevistos y adjudicar los problemas que crean. Las firmas juegan este rol de apoyo en muchos contextos. (Robinson, 1997, p. 12).

Las diferentes formas de organización —en el caso particular analizado, las alternativas de integración— serían seleccionadas por los agentes económicos en función de las ventajas y desventajas que ofrecen como mecanismos o estructuras de gobernación.

La integración vertical surge como una respuesta a las fallas de la contratación en el mercado. La firma reemplaza por incentivos de bajo poder como el empleo asalariado, los más fuertes incentivos del mercado corporizados en beneficios y pérdidas. La propiedad unificada permite que los detalles de futuras relaciones entre oferentes, productores y distribuidores permanezcan sin especificar, bajo la presunción que podrán ser diferenciadas a medida que nuevos acontecimientos lo hagan necesario. La propiedad unificada permite compensar los riesgos y recompensas de las diferentes actividades realizadas por la firma y facilita la disposición a compartir información, la búsqueda de innovaciones y una cultura de cooperación.

Pueden reconocerse también debilidades características de la integración vertical como mecanismo de gobernación. Los incentivos de bajo impacto reducen las recompensas para los empleados individuales y las unidades que trabajan duro, asumen riesgo e innovan. La organización integrada distribuye beneficios y pérdidas en la totalidad del sistema y estimula una cultura burocrática más que una de cooperación. Es posible que las recompensas beneficien en mayor medida a aquellos calificados en políticas intraorganizativas que a quienes se especializan en producción y distribución. Por consiguiente, pese a su reconocimiento de la incompletud de los contratos, la economía de los costos de transacción considera la propiedad unificada como un mecanismo de última instancia. En la mayoría de los contextos económicos el desempeño de las redes contractuales y la integración virtual superaría al que puede esperarse de la integración vertical.

Sí, por el contrario, se pone el foco sobre los estímulos a la experimentación e innovación, es necesario reconocer que la mayor parte de esta actividad se realiza en el interior de las empresas, aunque los mercados puedan jugar un papel significativo en la canalización de los recursos de capital y trabajo hacia las actividades con mayor capacidad de producir valor.

El enfoque de las capacidades dinámicas enfatiza precisamente la importancia de la empresa como facilitadora del proceso de experimentación tecnológica, aprendizaje e innovación. Sin embargo, una firma que posee ventajas específicas en determinadas actividades puede cederlas bajo contrato de *leasing* a otros productores o ingresar en *joint ventures* y alianzas estratégicas. Las decisiones en torno a cómo comercializar una innovación son centrales para la estrategia competitiva y la futura viabilidad de la firma.

Aquí habría una diferente perspectiva desde dos cuerpos teóricos. La literatura de las capacidades dinámicas interpreta la firma como un dispositivo de innovación y progreso técnico, separándose de la perspectiva de la agencia que ve a la firma operando eficientemente como un nexo de contratos. Quienes sustentan esta visión consideran que las firmas que intentan contratar todos los componentes de diseño, manufactura, distribución y servicio no pueden sostener ninguna ventaja competitiva y degeneran en empresas vacías. Otros, sin embargo, interpretan *joint ventures* y redes contractuales como formas adecuadas de organización para sostener la innovación tecnológica rápida. En esta perspectiva, una vinculación laxa entre firmas permite abrirse a nuevas ideas desde el exterior y evitar el aislamiento intelectual de la organización jerárquica.

Cuando se evalúa la experiencia de las redes hospitalarias, acota Robinson, no resulta fácil sacar conclusiones sobre la eficiencia relativa de la integración vertical o virtual. Ambos sistemas manifiestan un grado considerable de flexibilidad estructural. Los sistemas integrados que tienen como centro un hospital estarían introduciendo en forma creciente métodos de remuneración a los médicos basados en criterios de desempeño y ofreciéndoles modalidades de propiedad compartida sobre al menos alguna parte del sistema. Las redes contractuales desarrollarían relaciones de largo plazo que se basan también en derechos de propiedad parciales, inversiones conjuntas en marcas y reputación y métodos cooperativos de administrar la atención. Los sistemas integrados estarían así verificando los límites de la innovación organizativa mientras las redes hacen lo mismo con la innovación contractual.

## El desafío de la síntesis

La recuperación, parcial y fragmentada, de diferentes enfoques que sumarían elementos para una teoría de la regulación, pone de manifiesto la necesidad de una síntesis con capacidad de sistematizar conceptos, de modo de construir una trama ordenada que pueda aplicarse a la comprensión de los cambios en los sistemas de servicios de atención médica, tanto los actualmente en proceso como los que dieron origen a las formas organizativas hoy en retroceso.

Sin embargo, es difícil imaginar las herramientas conceptuales que harían factible la formulación de una teoría de esa índole, en primer lugar, por el fraccionamiento disciplinario, en segundo término, por las dificultades evidentes en la posibilidad de articular diferentes niveles de análisis.

Los más importantes avances en la formulación de teorías relativamente integradoras se han producido sin duda en los estudios que registran la dinámica macro. La conceptualización sobre capacidades de gestión de los Estados, el institucionalismo histórico, con su significativo potencial de comparación entre experiencias nacionales, la diferenciación operativa entre instituciones y organizaciones —en una lógica que permite diferenciar actores de estructuras al mismo tiempo que se da cuenta de la compleja relación existente entre ambos— constituyen herramientas

disponibles para la interpretación de los procesos históricos de construcción de los sistemas de salud comparando naciones y delimitando períodos de afirmación y momentos de cambio.

En ese nivel de análisis, el de los sistemas o subsistemas de organización de servicios de atención médica, puede resultar operativa la diferenciación que proponen Lange y Regini de *principios* de regulación por un lado e *instituciones* en las que tales principios aparecen articulados en diferentes *mix*. Las relaciones entre Estado y profesión médica se han mostrado susceptibles de ser aprehendidas bajo esa lógica, aunque el resultado suele conducir a la construcción de tipologías y no a la identificación de procesos, indispensable para el abordaje del cambio. En tales tipologías la profesión suele aparecer dotada de una unidad y coherencia internas que limita el abordaje de las transformaciones producidas por los procesos de diferenciación interna, estratificación y emergencia de conflictos de intereses verificados en su seno.

El nivel de análisis macro, por otra parte, es insuficiente para dar cuenta de los sistemas con estructuras fragmentadas y descentralizadas (como el argentino), donde los cambios se generan a nivel meso y micro y en ocasiones su ritmo parece intensificarse sin llegar a consolidar situaciones relativamente estables. En este punto la contribución de la economía institucional permite algún nivel de problematización de los cambios organizativos actualmente en proceso. La conceptualización desarrollada para su aplicación a conjuntos particulares de relaciones entre los diversos agentes operando en el sistema de servicios abre la posibilidad de dar cuenta de la particular estructura de normas e incentivos que operan en determinadas modalidades organizativas; sin embargo, poco nos dice sobre los procesos que condujeron a su construcción. Las conclusiones son por el momento estáticas: nos permiten fotografiar con extrema riqueza las diferentes situaciones, compararlas y ensayar hipótesis sobre posibles desempeños, pero no poseemos los instrumentos conceptuales adecuados para dar movimiento a esas imágenes.

Para abordar la cuestión de la regulación he preferido, como se evidenciará en el capítulo dedicado a la descripción de los procesos de cambio en la Argentina, hablar de *instancias* y *mecanismos* de regulación. No es una opción que me satisfaga por completo y que pueda justificar conceptualmente, pero tiene la virtud de ser relativamente neutra (al contrario de la diferenciación de principios basados en la autoridad, la negociación y los vínculos comunitarios), de modo de permitir operar sobre la fragmentación sin tomar posición sobre la naturaleza de cada una de sus partes. Las instancias refieren precisamente a las diferentes formas institucionales; es en el interior de cada una de ellas donde intento reconocer los mecanismos de regulación que están operando en la construcción de nuevas reglas de juego.

Quiero cerrar este capítulo con una observación —que puede resultar un tanto escandalosa para la perspectiva política convencional— tomada de Alain Enthoven, el analista estadounidense con mayor protagonismo en el debate sobre la reforma de los sistemas de atención médica en ese país y figura reconocida en otros escenarios. En uno de sus últimos trabajos, Enthoven hace referencia a la necesidad de definir reglas que cumplan la función de *construir un mercado*.

Robert Evans, por su parte, aunque se ubica muy lejos de la perspectiva de Enthoven cuando se trata de definir las reglas específicas que podrían orientar la construcción de un sistema *deseable* de atención médica, adopta una perspectiva similar al señalar que la oposición entre regulación y mercado no tiene sentido, añadiendo: “ningún mercado persiste a menos que esté regulado, y los mercados complejos y sofisticados requieren regulación compleja y sofisticada.” (Evans, 1991, p. 50).

El problema radica en que tales reglas no pueden definirse en abstracto, para luego ser adaptadas a los diferentes mercados nacionales. Esa es una de las razones para las diferentes concepciones de orden que plantean Evans, cuando piensa en Canadá, y Enthoven, en su análisis de EEUU. El sistema de atención médica de cada país —en esto vuelven a coincidir ambos académicos— refleja íntimamente su propia historia, cultura y sistemas político, social y económico. La construcción de mercado debiera, por consiguiente, partir de las condiciones existentes y avanzar con cambios incrementales, continuamente monitoreados y nuevamente encauzados. Pero esos cambios, como dirían los regulacionistas, deben pensarse como una creación social, no pueden ser librados a la resolución de la puja de intereses en un mercado que se rige por las reglas de juego que se procura modificar.



## Capítulo 2

# La trama conceptual aportada por la sociología de las profesiones

La sociología de las profesiones no ha encontrado arraigo en las ciencias sociales argentinas. Tampoco en el debate sobre organización de servicios de atención médica o formación y utilización de recursos humanos en salud ha tenido un lugar significativo la problematización de las prerrogativas tradicionales de la profesión médica en la regulación de su práctica. Sin embargo, sus aportes pueden constituir recursos estratégicos cuando se procura dar cuenta de las condiciones de emergencia, desarrollo y crisis de un determinado modelo de organización del sistema de servicios. En ese sentido, algunos de los trabajos que otorgaron jerarquía académica en los EEUU en las décadas de 1960 y 1970 al análisis de los procesos de profesionalización, al igual que la polémica desencadenada en la década de 1980 sobre el futuro de las profesiones, pueden constituir un insumo crítico para el análisis de las concepciones hasta ese momento dominantes sobre el rol de los profesionales de la medicina en la definición de los contenidos del proceso de salud/ enfermedad/ atención médica y su posterior cuestionamiento y/ o reformulación.

De ese modo, el énfasis sobre las condiciones de ejercicio del rol de agente en situaciones de asimetría de información, intereses contrapuestos, posibilidad de conductas oportunistas y demanda inducida, que se origina en el interior de la economía, encuentra un eco desde otras coordenadas teóricas cuando la sociología de las profesiones se interroga sobre la legitimidad de la reivindicación de autonomía que constituyó una de las bases de la afirmación de la medicina organizada a fines del siglo XIX y comienzos del XX.

En paralelo, el lugar del médico y las condiciones de regulación de su práctica en el nuevo esquema de concentración de los servicios en grandes organizaciones empresarias, posible subordinación de sus decisiones de tratamiento a políticas de limitación de costos diseñadas por gerentes no médicos, diseño de incentivos o restricciones y lineamientos de práctica orientados a influenciar su conducta prescriptiva —es decir, los grandes temas de la reforma de la atención médica— encuentran un terreno de disputa en el interior de ese campo de estudio cuando se procura delinear el futuro de la profesión. Desprofesionalización, proletarianización, reformulación de las condiciones de dominancia, constituyen alternativas de debate que incorporan diferentes perspectivas del sentido de los cambios en marcha.

En función de la importancia de estos aportes para una reflexión sobre las instancias y mecanismos de regulación de los servicios de atención médica y sus

cambios a lo largo del siglo XX, puede resultar útil el desarrollo de algunos enfoques de esta rama relativamente secundaria entre nosotros en el campo de las relaciones entre ciencias sociales y salud.

Con ese fin, incorporaré en este capítulo algunos antecedentes del desarrollo de los estudios sobre profesiones en general y profesión médica en particular, para luego concentrarme en las principales vertientes de análisis vinculadas a los procesos de profesionalización y los fundamentos legitimadores de la autonomía reclamada por las organizaciones profesionales en la regulación de su esfera de práctica. Por último, intentaré alguna precisión en las diferentes formas de lectura referidas a la inserción de la profesión médica en el sistema de servicios en las décadas de 1980 y 1990.

## El estudio de las profesiones: Principales antecedentes

Según Michael Burrage (1990) el estudio de las profesiones ha sido marginal a la principal corriente de la teoría y la investigación sociológica. Una de las posibles razones de este desconocimiento relativo de los problemas vinculados al trabajo de expertos radicaría en el hecho de que los padres fundadores de la sociología —Marx, Weber, Durkheim— no se ocuparon de desarrollar específicamente el tema.

Sin embargo, sin llegar a ser un tema central de debate, la preocupación por las profesiones, particularmente en la sociología anglosajona, reconoce sus primeros antecedentes a partir de comienzos del siglo XX. Herbert Spencer (1896), Richard Henry Tawney (1920) y Thomas Humphrey Marshall (1933) se ubican generalmente entre los precursores, y sus obras configuran una primera tradición británica que aborda a las profesiones como grupos particularmente caracterizados por su conducta altruista y su disposición a servir al bien común, diferenciándose por lo tanto de los valores predominantes en las sociedades del capitalismo industrial. Estos primeros análisis, sin embargo, no colocaron la problemática profesional en primer plano, sino que la abordaron como parte de cuestiones históricas y macrosociológicas más amplias (Rueschemeyer, 1983).

En general, suele identificarse un primer momento de expansión de la investigación sociológica dedicada a las profesiones en las universidades estadounidenses a partir de la década de 1950. En ese espacio se reconocen los primeros intentos de sistematización y formulación teórica de un campo específico de indagación y reflexión sobre el lugar de las profesiones y los profesionales en las sociedades modernas.

En estos avances sobre la construcción de un entramado teórico en el cual se ubicaría el estudio de las profesiones, los primeros intentos estuvieron a cargo de los sociólogos de orientación funcionalista. En particular Talcott Parsons (1951) analizó las profesiones dedicadas a la medicina, el derecho y la ingeniería, procurando integrarlas a su análisis más general de los sistemas sociales y su funcionamiento. En

realidad, es sobre el cuestionamiento a estas primeras elaboraciones de la teoría de las profesiones, consideradas en algunos casos apologeticas, en otros *naturalizadoras* de condiciones que merecerían un abordaje crítico, que finalmente se organizará —en torno a la década de 1970— un campo de conocimiento que se irá progresivamente ampliando y diferenciando a partir de múltiples aportes.

De ninguna manera se trata de un campo pacífico; por el contrario, sus principales protagonistas debaten en muchos casos desde paradigmas confrontados. Sin embargo, podría decirse que la polémica ha servido como estímulo para el desarrollo de nuevos abordajes teóricos y la constante búsqueda de fundamentación empírica, mientras la interpenetración de enfoques y perspectivas ha constituido una de las principales formas de crecimiento, tanto de la producción individual como del interés y legitimidad del propio campo de investigación.

El punto de partida común, a partir del cual los enfoques se diferencian, parece haber radicado, en la década de 1960, en la crítica a la concepción funcionalista. Hasta ese momento la mayoría de los estudios sobre profesionales se caracterizan por una perspectiva, para algunos ingenua, para otros apologetica, para casi todos connotada por la utilización de conceptos que naturalizan el rol de las profesiones a partir de un proceso de abstracción de representaciones cargadas de ideología, dando por cierta la visión que sus integrantes elaboran de sí mismos para justificar sus reclamos de reconocimiento social. En esa vena se caracteriza a los profesionales por llevar a cabo una función social prioritaria de satisfacción de necesidades sociales relevantes. Se diferenciarían específicamente de otras ocupaciones por su dominio de un conocimiento particularmente esotérico, fuente de habilidades complejas, y su orientación de servicio.

En ese sentido, Fremson (1994) señala que los primeros escritos sobre profesiones produjeron definiciones que no eran más que un reflejo de la imagen que sus organizaciones proyectaban sobre sí mismas. Los escritores de fines de la década de 1960, por el contrario, habrían enfatizado sus éxitos en la obtención de monopolios ocupacionales y alto estatus y considerado conocimiento, destrezas y orientaciones éticas como manifestaciones de la capacidad de las profesiones para construir ideologías.

Es posible que las limitaciones del enfoque funcionalista y las que aquejan a sus primeros críticos en la década de 1960, surjan de una preocupación dominante por aplicar al estudio de las profesiones la tradición weberiana de búsqueda de delimitación de tipos ideales, a partir del interés por discernir los fundamentos del lugar socialmente relevante ocupado por sus miembros. Los elementos seleccionados para definir el tipo ideal de profesión habrían sido tomados de la práctica y de la ideología de las profesiones establecidas, en particular de la medicina —sin duda la más exitosa en la afirmación de sus derechos a la autorregulación— cuyo estudio se constituye en uno de los principales referentes del nuevo campo de investigación. También en esos años, sin embargo, una serie de estudios empíricos dedicados a la práctica médica desafían la validez del modelo así construido: cuestionan la efectividad (e incluso la existencia) del pretendido control de la conducta ética entre colegas; muestran que en medicina, así como en derecho, el estatus del profesional

está tan estrechamente relacionado al estatus de su clientela como a su propia pericia; denuncian la visión autocomplaciente de las profesiones como *comunidades de iguales*, que enmascararía las diferencias en posición social e ingreso existentes en el interior de cualquiera de ellas. Los estudios históricos de la medicina del siglo XIX, por su parte, destruyen la noción de que los médicos *regulares* —aquellos que consolidaron su poder a partir de su organización en la Asociación Médica Americana— tuvieran, en general, más competencia que sus competidores *irregulares*, cuya práctica resultaría finalmente erradicada a partir de decisiones tomadas por el poder político.

El enfoque que busca la caracterización de un tipo ideal de profesión tiende a enfatizar sus relaciones funcionales con necesidades y valores sociales fundamentales. La satisfacción de este tipo de necesidades prioritarias explicaría la continuidad en el tiempo del estatus de privilegio asociado a las más antiguas: medicina y derecho. Su evolución y la profesionalización de otras ocupaciones se inscribe en los procesos propios de la construcción de la modernidad: el avance de la ciencia y la racionalidad cognitiva, la diferenciación progresiva y la racionalización de la división del trabajo en las sociedades industriales. Sintéticamente, concluye Larson, estas construcciones en busca de un modelo ideal-típico no nos hablan de lo que una profesión es sino solo de lo que pretende ser.

Freidson, por su parte, ubica en la década de 1960 la *divisoria* de *aguas* intelectual en el estudio de las profesiones. Y aunque no lo señala explícitamente, de alguna manera vincula las nuevas orientaciones de análisis con las primeras convulsiones de lo que sería una crisis cultural y el paralelo cuestionamiento crítico de las orientaciones teóricas prevalecientes en sociología. Historiadores y sociólogos habrían comenzado a producir historias de las profesiones y sus organizaciones con intención revisionista, enfatizando su interés económico y su preocupación por alcanzar un lugar social de preeminencia, y denunciando los procesos de medicalización y control sobre pobres, trabajadores y desviados. En tónica militante, estos estudios negaron la posibilidad de un posicionamiento neutral y reclamaron de los cientistas sociales una actitud crítica que asumiera la defensa “del desviado y el cliente” (Freidson, 1994, p. 3).

Señala también Freidson como propia de los debates ideológicos propios de la década de 1960, la convergencia de marxistas y liberales en el cuestionamiento de los privilegios monopólicos alcanzados por las profesiones sobre sus respectivos mercados de trabajo. Desde una perspectiva se cuestiona la conformación de una élite cuya actividad se orienta a reforzar el sistema de clase; desde la otra se alerta sobre los mecanismos de *clausura* de los mercados ocupacionales que interferirían con la construcción de un más *libre* y presumiblemente más eficiente mercado de trabajo.

La consolidación del campo parece alcanzarse en la década de 1970, cuando los trabajos de Freidson (1970) en EEUU y Johnson (1972) en Inglaterra abandonan el énfasis puesto en el rol de las profesiones para incorporar a su estudio la problemática del conflicto y el poder. En particular Johnson definió a las profesiones como una clase particular de ocupación que bajo determinadas coordenadas históricas logra condiciones de control de su propio trabajo. A partir de estos nuevos enfoques, múltiples estudios, tanto en los EEUU como en Inglaterra, adoptan lo que pasa a

denominarse como un *enfoque de poder* en contraposición al *enfoque de rasgos* de los anteriores escritos estructural-funcionalistas (Johnson, 1972).

Más tarde, en la misma década, Larson publica su libro *The Rise of Professionalism* (1977), trabajo pionero que estimularía un número significativo de investigaciones sobre los procesos de profesionalización. En él se articula una perspectiva marxista de la evolución de las sociedades de clase con aportes de Weber referidos a las formas de dominación y la identificación de grupos de estatus. Utilizando una perspectiva histórica que estimuló el interés en ese tipo de abordaje para el análisis de las profesiones, analiza los procesos de profesionalización como expresiones de un proyecto de movilidad social colectiva, a partir de los cuales las profesiones no solo procuran mejorar su posición económica sino también su posición social, prestigio e influencia.

La década de 1980 se caracterizó por incorporar un enfoque comparativo. Esto sucedió cuando la literatura angloamericana sobre profesiones comenzó a atraer la atención de historiadores y sociólogos en la Europa continental, y los científicos sociales que habían liderado el desarrollo del campo reconocieron que sus teorizaciones originales descansaban sobre una evidencia estrecha, obtenida del desarrollo particular de su propia cultura. Al mismo tiempo los historiadores refinaron sus formas de abordaje, entendiendo que la mera cronología del surgimiento de las instituciones profesionales no era suficiente para comprender adecuadamente el rol de las lealtades y aspiraciones profesionales en la vida de los sujetos o de las sociedades de las cuales forman parte. Se generaron así movimientos hacia un análisis teórico de la temática, que pudiera articular la evidencia histórica con un enfoque comparativo entre profesiones en el mismo contexto nacional, incorporando a la vez los diferentes desarrollos de las instituciones reguladoras identificables entre naciones. (Burrage *et al.*, 1990).

Un trabajo pionero de Rueschemeyer publicado en 1964 había señalado las distorsiones producidas por el énfasis en el estudio de la medicina y la utilización de los hallazgos referidos a la profesión médica para la construcción de una teoría general de las profesiones. Sin embargo, fue recién en la década de 1980 que la multiplicación de estudios tanto en los países de habla inglesa —incluyendo Australia y Nueva Zelanda— como en el resto de Europa occidental estimuló el crecimiento del campo a partir de enfoques histórico-comparados.

Nuevamente recorro a Freidson para recuperar su reflexión sobre el ingreso relativamente tardío de los académicos europeos en el estudio de las profesiones. Las causas de este desinterés podrían ubicarse en una mayor propensión a pensar en términos de clase más que de ocupación, a la ausencia de un vocablo con implicaciones similares en sus propios idiomas<sup>1</sup> —la literatura francesa prefiere hablar de intelectuales antes que de profesionales o *expertos*— y, tal vez con mayor peso, al hecho que las profesiones europeas crecieron más vinculadas al Estado que sus contrapartes en países de habla inglesa. Freidson introduce una cuota de humor en su análisis reconociendo que las profesiones han sido tradicionalmente consideradas

---

<sup>1</sup> Freidson dedicará algunas páginas muy bien logradas a la construcción de “Una historia semántica del término «profesión»” en el segundo capítulo de su libro *Professional Powers* (1986).

como “*a british disease*”, aunque indica su preferencia por referirse a “una *enfermedad anglosajona*”. (Freidson, 1994, p. 19).

En un trabajo reciente, Rueschemeyer enfatiza el nuevo dinamismo adquirido por este campo de indagación y el interés de sus conclusiones más allá del conocimiento de su objeto específico. Señala en particular la importancia del estudio de las formas en que el conocimiento de expertos se despliega en formas institucionales, cómo es controlado, cómo es utilizado como recurso de poder y fuente de privilegio. Otorga particular interés al análisis de las formas de control social y el modo en que resultan afectadas por estructuras y procesos sociales más amplios (Rueschemeyer, 1983).

Burrage enfatiza a su vez el renovado interés de los historiadores estadounidenses en la recuperación de la historia de las profesiones europeas. También los sociólogos se han mostrado interesados en la investigación histórica, en función de la existencia de un consenso relativamente generalizado en torno a que las instituciones profesionales no podrían ser comprendidas sin referencia a su desarrollo histórico.

Por último, resulta indispensable apuntar los nuevos enfoques desarrollados por los estudios sobre profesiones para dar cuenta de los cambios en las concepciones sobre el trabajo profesional y su organización verificados en las décadas de 1980 y 1990.

Volviendo al campo más específico de la medicina, esas transformaciones pueden ser constatadas por lo menos en tres niveles. El primero se vincula a los cambios en las concepciones dominantes sobre salud/ enfermedad/ atención médica que hemos sistematizado en otro lugar (Belmartino & Bloch, 1988) sobre la base de análisis formulados por Evans & Stoddart (1990) y Contandriopoulos & de Pouvourville (1991). Un segundo nivel, de captación más inmediata, se vincula con las nuevas formas de organización de los servicios de atención médica tanto en EEUU como en el resto del mundo occidental, puestas de manifiesto tanto en el proceso de concentración y penetración de lógicas de beneficio empresario, como en las potenciales amenazas a la autonomía de la medicina implícitas en el concepto de competencia regulada y en múltiples estrategias destinadas a controlar los costos de la atención médica. Un último nivel, con connotaciones legales y políticas, se explicita en el conflicto desatado en los EEUU por la aplicación de la Ley Sherman contra los monopolios a las relaciones entre médicos y quiroprácticos, que adquirió una particular dimensión simbólica al incorporar al debate uno de los artículos del Código de Ética de la AMA.

La lectura que proponen algunos académicos de esos procesos anuncia un debilitamiento de la tradicional autonomía de la profesión médica en la regulación de sus condiciones de práctica. Dos escuelas han debatido el problema en las últimas décadas, a partir de diferentes enfoques centrados en las nociones de desprofesionalización (Haug, 1988) y proletarización (McKinlay & Arches, 1986). El liderazgo de los argumentos basados en la hipótesis de continuidad del poder de la profesión, consolidado sobre nuevas bases, está en manos de Freidson (1993).

## La cuestión de la definición

Los desafíos metodológicos que plantean al estudio de las profesiones las perspectivas críticas desarrolladas en las décadas de 1960 y 1970 ubican en el centro de la escena el problema de la definición. La tradición funcionalista había elegido como forma de acercamiento al concepto un listado de atributos o características que se considerarían adecuados para diferenciarlas de las demás ocupaciones. Esta modalidad de definición, más tarde caracterizada como un *enfoque de rasgos* es la utilizada tanto por Freidson como por Larson en sus primeros trabajos como punto de partida del análisis. La contraposición de su listado de atributos con el ofrecido por William Goode, uno de los escritores funcionalistas reconocido por su posicionamiento crítico, permite a Freidson —en su primer libro dedicado al estudio de la profesión médica— explicitar su propia concepción.

Conforme a esa estrategia narrativa, Freidson comienza su ensayo pionero de 1970<sup>2</sup> definiendo a las profesiones como ocupaciones particulares, caracterizadas por una posición dominante en la división del trabajo que les permite controlar las condiciones de su actividad; una situación autónoma o independiente, obtenida a partir de la convincente promesa de integridad de sus miembros; y una práctica sustentada en el conocimiento científico y orientada por principios éticos. Como corolario de ese conjunto de rasgos agrega una característica que desborda la esfera de impacto de la relación entre un trabajador y su objeto: el profesional cambia la definición y forma de los problemas que son sometidos a su pericia; de ese modo tiene la capacidad de crear una realidad social nueva. (Freidson, 1978, p. 15).

La misma estrategia sigue Larson en la introducción a su texto publicado en 1977, cuando se propone definir los atributos de las profesiones. Se trata de ocupaciones con especial poder y prestigio, recompensas sociales que le son garantizadas gracias a su competencia particular en campos esotéricos del conocimiento; satisfacen valores y necesidades centrales del sistema social y están dedicadas al servicio del público, por encima y por delante de incentivos materiales. Esta primera aproximación le permite diferenciar tres dimensiones en los atributos que caracterizan a las profesiones: la dimensión cognitiva, la normativa (orientación de servicio y ética) y la evaluativa, que subraya las condiciones particulares de autonomía y prestigio. Un último atributo —que podría corresponder a una cuarta dimensión, de orden organizativo— sería la tendencia a conformar “comunidades”, cuyos miembros comparten una afiliación relativamente permanente, “compromiso personal, intereses específicos y lealtades generales” (Larson, 1977, p. X).

En el desarrollo de su análisis ambos se separan gradualmente de este criterio taxonómico y comienzan por establecer una jerarquía entre los elementos descriptos. Freidson se dedica en primer término a enfatizar lo que considera la

---

<sup>2</sup> Como ya señalé, la primera publicación de Freidson dedicada al análisis de la profesión médica data de 1970. La referencia bibliográfica sería: *Profession of Medicine*, Nueva York: Dodd, Mead and Company, 1970. Sin embargo, por razones de comodidad utilizo para las citas la edición española aparecida en 1978. La aclaración procura evitar confusiones en la evolución de este campo de estudio, asociadas con esta última fecha.



distinción más estratégica entre profesiones y ocupaciones en general. Esta radicaría en *una legítima autonomía organizada*: una profesión es diferente de otras ocupaciones porque se le ha dado el derecho a controlar su propio trabajo. Esa autonomía en la regulación de su práctica se le concede de manera deliberada, no deriva de situaciones accidentales de hecho, y se extiende hasta el ejercicio del derecho a establecer quiénes pueden legítimamente realizar su trabajo y la manera específica de llevarlo a cabo. Por otra parte, mientras las ocupaciones en general no pueden impedir que clientes, patrones y otros trabajadores evalúen su desempeño, las profesiones tienen el derecho de considerar “ilegítimas e intolerables” tales valoraciones “exteriores” (Freidson, 1978, p. 83).

En forma inmediata incorpora el elemento político, rasgo diferenciador que constituirá el eje de su argumento: la autonomía alcanzada por las profesiones no es absoluta, su existencia depende de la tolerancia e inclusive de la protección del Estado y no incluye necesariamente todas las esferas de la actividad profesional. La única esfera de actividad en la que la autonomía debe ser garantizada para que exista el estatus profesional es la vinculada al control del contenido mismo del trabajo. Ese derecho a la autorregulación es definido como:

El resultado crítico de la interacción entre el poder político y económico y la representación ocupacional, interacción facilitada a veces por instituciones educacionales y otros dispositivos que convencieron satisfactoriamente al Estado de que el trabajo de la ocupación es fiable y valioso. (Freidson, 1978, p. 93).

En esta cuidadosa tarea de desbrozamiento de las concepciones heredadas para ir paulatinamente construyendo la propia, Freidson se ocupa también de analizar críticamente las taxonomías elaboradas por sus antecesores en el campo, con la intención polémica de precisar sus divergencias. En relación con los criterios establecidos en 1960 por William Goode, focaliza su crítica sobre lo que identifica como dos características centrales de las que se derivarían otras, citadas frecuentemente en los estudios de la época: una prolongada educación especializada en un cuerpo de conocimiento abstracto y una orientación de servicio hacia la colectividad. Respecto de la primera concluye: no es la educación en sí misma la que supone la posibilidad de diferenciar claramente entre las ocupaciones, sino la cuestión de la autonomía y el control sobre la educación concedido a la ocupación por una élite o por un público convencido de su importancia. Respecto del segundo rasgo, la orientación de servicio, es más tajante, y señala que lo único que podría ser distintivo de las profesiones en este caso es:

*La aceptación general de su proclamación*, aceptación que es fruto de un temprano éxito en la persuasión [...] *La orientación de la profesión* hacia el servicio es una imputación pública que logró triunfar en un proceso por el cual sus dirigentes persuadieron a la sociedad que concediera y apoyara su autonomía. (Freidson, 1978, p. 93, énfasis original).

A partir de esta primera reflexión avanzará en textos subsiguientes en la consideración de la alegada vocación de servicio como ideología. Dado que ganar el control sobre su propio trabajo depende del acceso a un poder que no es inherente al trabajo mismo, las profesiones elaboran ideologías de servicio público y pericia particular en el oficio, destinadas a persuadir a aquellos que pueden reconocer ese poder de que:

Los miembros de la ocupación son los mejores árbitros del trabajo, que el trabajo es de interés público y que los trabajadores están dedicados a hacer un buen trabajo y utilizan su privilegio para el bien de otros y no solo en su propio interés. (Freidson, 1994, p. 124).

También Larson avanza una crítica de los elementos generalmente utilizados en la caracterización de las profesiones e introduce la consideración de un proceso que implica a la vez “lucha y persuasión”.

En este proceso, grupos particulares de personas intentan negociar los límites de un área en la división social del trabajo y establecer su propio control sobre ella. La persuasión tiende a ser típicamente dirigida hacia el exterior, es decir, hacia las élites relevantes, el público o públicos potenciales y las autoridades políticas. El conflicto y la lucha en torno de quién será incluido o excluido marcan el proceso de unificación interna de una profesión. (Larson, 1977, p. XII).

Aplica también la concepción incorporada por Freidson en referencia a la capacidad de construir ideología, no solo porque sus atributos de orden cognitivo y normativo son utilizados ideológicamente como instrumentos en el camino hacia el estatus profesional, sino también porque, una vez alcanzada, esta posición estructural permite al grupo de expertos definir y construir áreas particulares de la realidad social, bajo la apariencia de validez universal que le confiere su pericia:

Su autonomía tiende a aislarlos; en parte, los profesionales viven en el interior de ideologías de su propia creación, que ellos presentan hacia el exterior como las más válidas definiciones de esferas específicas de la realidad social. (Larson, 1977, p. XIII).

Uno de los primeros analistas que propone perspectivas críticas a lo que denomina *enfoque de rasgos* es, como ya mencioné, Johnson. Para este autor, el tipo ideal se abstrae en general de las características conocidas de las profesiones que en determinado momento se consideran como *verdaderas* —medicina y derecho serían las más comúnmente abordadas— sin llegar a articular teóricamente la relación entre tales elementos. Ese déficit teórico conduce a que se acepten las definiciones que los profesionales hacen de sí mismos como categorías aparentemente neutrales y se extrapolen dichas categorías desde algunas pocas profesiones solo plenamente desarrolladas en esos términos en el ámbito anglosajón. Mientras el enfoque adecuado de los fenómenos de profesionalización debería necesariamente referir a

un proceso, el método de construir un listado de rasgos resulta fundamentalmente ahistórico. Por último, la limitación más importante de tales listados sería que no proporcionan una definición de determinadas ocupaciones, sino que especifican las características de una forma de control ocupacional que asume rasgos institucionales particulares e históricos.

El análisis funcionalista añadiría un elemento adicional a ese enfoque obtenido por abstracción desde una realidad no problematizada: Johnson afirma que el modelo elaborado por Bernard Barber (1963) y Talcott Parsons (1968), considerados como particularmente representativos de esa corriente, enfatiza el:

...valor funcional de la actividad profesional para todos los grupos y clases en la sociedad, y de ese modo excluye la consideración de la dimensión de poder, que a su vez tiene la capacidad de sugerir posibles variaciones en las formas institucionalizadas de control de las actividades ocupacionales. (Johnson, 1972, pp. 37).

Reconociendo específicamente *el problema de la definición* como una cuestión crucial en el establecimiento de una metodología de análisis para el estudio de las profesiones, Freidson avanza sobre el enfoque taxonómico y el fundado en el registro de poder para validar la conveniencia de un abordaje histórico.

Parte de diferenciar dos opciones posibles para un abordaje teórico del concepto. La primera consistiría en abandonar el tratamiento de la profesión como concepto genérico, integrando su análisis en la categoría más amplia de ocupación. En este espacio teórico podría ubicarse analíticamente a aquellas ocupaciones particulares que han sido etiquetadas como profesiones. Una segunda opción, a la que adjudica mejores condiciones para el desarrollo de una teoría de las profesiones, radicaría en abordar el concepto como una construcción histórica en un número limitado de sociedades, estudiando su desarrollo, uso y consecuencias en los respectivos contextos, e intentando sólo modestas generalizaciones.

Este enfoque estimularía la discusión de los procesos por los cuales las ocupaciones demandan o alcanzan su estatus profesional. Hablar de *procesos de profesionalización* supondría abandonar la pretensión de definir un concepto genérico de profesión y comenzar a desarrollar los instrumentos conceptuales destinados a comprender e interpretar lo que es concebido como un fenómeno concreto, cambiante, histórico y nacional.

Despejando camino para reducir la relativa ambigüedad del concepto, Freidson se ocupa en diferentes momentos de su obra de sistematizar diferencias entre tipos de profesión y escenarios histórico-políticos donde los primeros procesos de profesionalización alcanzaron sus objetivos.

Una primera diferenciación distingue los procesos de profesionalización propios de los países anglosajones y las condiciones de reconocimiento de categorías particulares de expertos en los países de Europa continental.

Aunque los historiadores registran algunas diferencias importantes en los procesos de profesionalización en Inglaterra y EEUU, ambos países tuvieron en común

un aparato de Estado relativamente pasivo, con una fuerte, aunque también ambivalente, filosofía *laissez-faire*, y una burocracia estatal de reducidas dimensiones. Las ocupaciones que se organizaron en procura de un lugar privilegiado en la economía ganaron el apoyo del Estado para excluir a sus competidores del mercado hasta ese momento abierto en el que ofrecían sus servicios. Las nuevas formas organizativas incluyeron la puesta en marcha de sus propias instituciones de entrenamiento y acreditación. A diferencia de otros países, el término profesión fue utilizado para denominar a las ocupaciones que habían tenido éxito en ese proceso de diferenciación, y lentamente fue expandiendo su cobertura para incluir a aquéllas que obtenían el correspondiente reconocimiento y especial protección.

La situación fue diferente en Europa continental, donde el Estado se mostró mucho más activo para organizar tanto el entrenamiento como el empleo. Las burocracias públicas fueron mucho más importantes que en el mundo anglosajón para el desarrollo temprano de la profesionalización, tanto como consumidores de servicios de expertos como en su carácter de agencias de supervisión y control. Las tradicionales profesiones de estatus mantuvieron sus distinciones en la medida en que reorganizaron sus cuerpos corporativos, pero las nuevas ocupaciones de clase media no procuraron un reconocimiento en los mismos términos. En mayor medida su estatus y seguridad derivaron de la concurrencia a las instituciones de educación superior reservadas a la élite y controladas por el Estado: accediendo por ese medio a las jerarquías de la burocracia estatal y a otras posiciones técnico-administrativas. La razón de la posición de privilegio no derivaba en ese caso de atributos particulares asociados a la ocupación, sino de la graduación en el *gymnasium* en Rusia y Polonia, en la universidad en Alemania, o la concurrencia a alguna de las grandes *écoles* en Francia.

Una segunda diferenciación útil en la interpretación de los resultados del proceso de profesionalización es la que distingue entre profesiones eruditas y profesiones de consulta. Las primeras, que reúnen a clérigos, académicos y científicos, se ocupan de elaborar el saber de una civilización en su sentido más amplio. En estos casos, el trabajador solo debe tratar cotidianamente con sus colegas y otros trabajadores en el interior de la comunidad ocupacional. En el límite, acota Larson, las comunidades científicas constituyen su propio mercado. Dado que su práctica es relativamente independiente de todos los factores externos excepto el respaldo financiero, *aparece* como exclusivamente determinada por el estado de cada disciplina y por su tradición interna de investigación. También en el caso de una crisis de conocimiento, la autonomía y aislamiento de las comunidades científicas facilitarían su resolución a partir de la reconversión del paradigma vigente o la formulación del nuevo.

Las profesiones de consulta no tienen tal libertad, ya que se ocupan de aplicar el conocimiento a problemas de la vida cotidiana. Su mercado es un mercado abierto, que necesariamente incluye una clientela leiga a la que proporcionan servicios destinados a solucionar cuestiones prácticas. Deben tratar con clientes que están fuera de la comunidad ocupacional, y esto agrega una dificultad a su consolidación como miembros de una ocupación: para lograrla deben salvar la distancia que media entre el trabajador y el cliente profano.

El paso por una universidad o el favor de una élite dieron a los médicos al igual que a otros profesionales los medios para diferenciarse a sí mismos de otros tipos de curadores. Sin embargo, no bastaron para establecer su superioridad a los ojos de un público más amplio, único medio de conformar una clientela. Las diferencias entre profesiones eruditas y de consulta tienen por lo tanto consecuencias muy importantes en la forma en que cada categoría se establece y se sostiene, y en los problemas cotidianos de trabajo que enfrentan sus miembros. En función de los procesos históricos de profesionalización la diferencia radicarán en que las profesiones de consulta no solo necesitarán el reconocimiento del Estado y la puesta en marcha de instituciones específicas de entrenamiento y acreditación; dado que también necesitarán una *clientela*, deberán preocuparse por organizar un *mercado* en el cual ofrecer sus servicios.

Otro problema revelador del carácter fundamentalmente histórico y cambiante de la afirmación de las profesiones es la cuestión de la definición de sus jurisdicciones. Larson (1997) analiza el problema de la jurisdicción —el reconocimiento de una esfera específica de práctica— como un elemento en la construcción del mercado de servicios profesionales y un aliciente para que los aspirantes a insertarse en las filas de la ocupación se decidan a enfrentar las dificultades de la formación requerida. En sus términos la delimitación de jurisdicciones no resultaría de un proceso evolutivo de desarrollo de la división del trabajo a partir del progreso técnico; por el contrario, se produciría a través de la competencia entre profesiones.

La idea original ha sido desarrollada por Abbott: la división del trabajo entre profesiones se establece a través de constantes conflictos por la delimitación de jurisdicciones. Hay un cuerpo de *problemas abordables por el trabajo profesional* y un número de profesiones dispuestas a hacerse cargo de su realización. La jurisdicción expresa el vínculo entre la profesión y una esfera particular de trabajo. A través de prácticas culturales que suponen conocimiento abstracto, las profesiones construyen jurisdicciones sobre cada problema. Sobre la base de una construcción exitosa de tales problemas, las profesiones demandan ciertos derechos, en relación a otros en el lugar del trabajo, en relación al público, en relación a los clientes y al Estado. Estos otros actores pueden ratificar, limitar u oponerse a ese tipo de demandas jurisdiccionales.

Las ocupaciones demandan jurisdicciones exclusivas en competencia con otras, y así el camino al estatus profesional no es nunca un camino solitario ni una secuencia aislada, sino algo que ocurre dentro de un *sistema* de profesiones. Tales sistemas no son estáticos. Las fuerzas de cambio los impactan de continuo. Hay cambios en el conocimiento; nuevas formas de tratar viejos problemas, nuevas formas de construir nuevos problemas. Hay cambios en la cantidad y calidad del servicio prestado por los profesionales, algunos concretándose bajo nuevas formas de organización profesional, otros a partir de cambios en la demografía de las profesiones. Los cambios en las formas de legitimación pueden poner en desventaja algunas profesiones mientras privilegian otras. Dado el continuo impacto de estas fuerzas sobre el *sistema* de profesiones, este cambia a través de continuas “mezclas, forcejeos, extensiones y retracciones” (Abbott, 1989, p. 278).

Estas consideraciones provocan diferentes ecos en la reflexión sobre el desarrollo de la profesión médica. En primer lugar, se asocian directamente con los procesos de medicalización y la polémica desatada en torno al concepto de *imperialismo médico*.<sup>3</sup> En segundo término, y con más actualidad, proporcionan una base conceptual para el análisis de los conflictos generados en las últimas décadas en torno de la definición de problemas y construcción de jurisdicciones en el campo de los servicios de salud.

## El proceso de profesionalización de la medicina

Tanto Freidson como Larson coinciden en que la profesionalización de determinadas ocupaciones es un proceso específico de la modernidad, independiente de los vínculos que puedan reconocerse con las profesiones de estatus reconocidas en la Edad Media a partir de su inserción en universidades y el servicio de los grupos aristocráticos.

Larson va más allá e identifica los cambios registrados a través de los procesos de profesionalización con el concepto de *régimen*, acuñado por los regulacionistas. En esa tónica subraya las discontinuidades que el cambio social vinculado a la emergencia del capitalismo de libre competencia produce en el proceso de diferenciación de las profesiones.

En su reconstrucción histórica, tanto en Inglaterra como en los EEUU el desarrollo de la profesionalización con contenidos modernos se asocia con las mismas circunstancias históricas generales: coincide con el surgimiento del capitalismo industrial, con sus crisis y consolidación tempranas, y hacia el fin del siglo XIX y los comienzos del XX con su evolución hacia formas de concentración empresarial.

En ese contexto, la capacidad organizativa propia de la afirmación del movimiento de profesionalización se vincula en su análisis con el avance en ciertas variables sociales: alfabetización, urbanización, economía monetaria, revolución política y densidad organizativa previamente existente. Larson relaciona de modo directo la mejora de estas condiciones generales que se produce en Inglaterra después de 1830 y en EEUU algunas décadas más tarde, con la *ola de asociacionismo* que se registra entre las profesiones (Larson, 1977). A continuación, intentaré alguna precisión en apoyo de estas afirmaciones de orden general.

---

<sup>3</sup> En efecto, en el campo específico de la medicina la cuestión de la ampliación de la jurisdicción ha sido enfocada fundamentalmente bajo la forma de medicalización (Conrad & Schneider, 1985) e imperialismo médico (Strong, 1979, en perspectiva polémica, contraponen imperialismo médico e imperialismo sociológico).

## *La regulación de la profesión médica en el Reino Unido*

Recurriendo a información más específica es posible ratificar la cronología introducida por Larson. La British Medical Association (BMA), representante de los intereses profesionales de los médicos ingleses hasta el presente, se organizó efectivamente en 1855 a partir de la Provincial Medical and Surgical Association. Esta última había sido fundada en 1832, y representaba inicialmente a los apotecarios o *general practitioners*, médicos establecidos en prácticas rurales, hasta ese momento netamente diferenciados de los cuerpos de élite de la profesión. La organización de la BMA, por el contrario, supone la convergencia de lo que Larkin (1993) denomina las tres antiguas “castas” de apotecarios, cirujanos y médicos<sup>4</sup>.

Poco más tarde, la Medical Act de 1858 crea un cuerpo regulador con inserción estatal al que se adjudica la función de normatizar el proceso de formación de los futuros médicos. Conocido hoy como General Medical Council (GMC), el nuevo organismo creado por el Estado tenía el título de General Council of Medical Education and Registration in the United Kingdom. Se le delegaban dos tareas: el licenciamiento de los aspirantes al título de doctor y la aprobación de las escuelas médicas.

El GMC constituye un ejemplo de autorregulación profesional con el respaldo del Estado, y estuvo inicialmente compuesto exclusivamente de médicos, que eran propuestos por las principales sociedades profesionales e instituciones académicas. La ley de 1858 resultó de un acuerdo entre el Estado y la profesión, por el cual se delegaba a esta última la responsabilidad de establecer los estándares de la formación y el control de calidad de los futuros médicos (Moran & Wood, 1993).

La significación del establecimiento del GMC no solo se expresa a partir del control exclusivo por parte de los profesionales del derecho a regular sus instituciones de enseñanza y las condiciones de acceso al respectivo título. También tuvo consecuencias legitimadoras la opción por un organismo integrado al aparato estatal e institucionalmente diferente de la BMA. Como consecuencia, la ley de 1858 refuerza la autoridad de la profesión y del GMC, al quitarle toda posible connotación de interés sectorial, y confiere gran prestigio y estatus a la medicina alopática.

El control por parte de los profesionales se mantuvo también en los organismos creados a raíz de la introducción del Seguro Nacional de Salud en 1911 y el National Health Service en 1948. Los Comités de Seguro Local de 1911 que tuvieron a su cargo los servicios para pobres y el Comité de Práctica Médica en 1948, encargado de supervisar la distribución geográfica de los *general practitioners*, estuvieron conformados en su totalidad por médicos.

Los vínculos de colaboración que se construyen entre profesión médica y Estado en el Reino Unido reconocen, según el análisis de Larkin (1993), diferentes etapas

---

<sup>4</sup> La medicina alopática se había organizado tempranamente en Inglaterra, siguiendo la tradición de los gremios o guildas medievales. El Real Colegio de Médicos fue constituido en 1528 y el Colegio de Cirujanos (después Real Colegio) separado de la Compañía de Barberos en 1745. Menos afortunados, los precursores de quienes serían luego identificados como *general practitioners*, se organizaron en la Society of Apothecaries. Cada organización constituyó un cuerpo autorregulatorio separado, que controlaba la membresía.



de desarrollo. Durante la mayor parte del siglo XIX, con excepción de un número limitado de hospitales urbanos, la mayor parte de la atención médica era provista a través de prácticas individuales o integradas por un pequeño número de médicos. La consolidación de la BMA, a partir de la unificación de diferentes grupos profesionales, habría limitado efectivamente cualquier otra opción del Estado en relación al reconocimiento de un agente de control cuando un par de décadas más tarde se produce la expansión de servicios y una creciente división del trabajo en atención médica.

A comienzos del siglo XX, en un contexto de importantes cambios científicos y sociales, los hospitales y clínicas se expandieron con apoyo del Estado. En ese punto, afirma Larkin, ni la profesión médica, que buscaba posicionarse liderando el mercado, ni el Estado, que procuraba en forma creciente respaldar el acceso a la atención médica, estaban en condiciones de administrar el crecimiento de la fuerza de trabajo. Estado y profesión, reconociendo intereses conjuntos en un particular momento histórico, tuvieron que construir una forma organizativa para la expansión de las numerosas ocupaciones vinculadas a la medicina. El involucramiento del Estado en la provisión de servicios fue en parte producto de la creciente evidencia estadística acumulada en relación al deterioro de la salud de la población, que en ese momento se asoció con limitaciones en las políticas de *laissezfaire*.

El establecimiento del Ministerio de Salud en 1918 supuso un nuevo fortalecimiento de los vínculos comunes entre Estado y profesión médica. La expansión de los servicios hospitalarios y el desarrollo de nuevos tratamientos que requerían el apoyo de una fuerza de trabajo calificada, significaron la necesidad de regular grupos ocupacionales potencialmente en competencia en el campo de la atención médica. La cooperación con el Estado en esta tarea fue parte del control de mercado por parte de la profesión médica, que en esa circunstancia vuelve a enfrentar la amenaza de ocupaciones rivales, en condiciones de implementar nuevas tecnologías y tipos de práctica no ortodoxos, con concepciones de cura incompatibles con la medicina alopática (la enumeración de ocupaciones que se proponen como posibles competidoras que proporciona Larkin incluye desde técnicos ópticos a osteópatas y herbalistas, y también ocupaciones paramédicas con diferentes niveles de subordinación). En esas circunstancias de debilidad relativa, la profesión médica británica transformó sus derechos de monopolio en un criterio de exclusión para el ingreso al empleo en el Estado. Las exigencias para la definición de credenciales de un sistema de regulación respaldado por el Estado proveyeron la oportunidad para convertir una ventaja en el mercado, obtenida en el siglo XIX, en monopolio de práctica en el sector público en el siglo XX (Larkin, 1993).

El principal organismo regulador de la profesión en el Reino Unido sigue siendo el General Medical Council; sin embargo, no cumple esa función con exclusividad. Tienen atribuciones de ese tipo también la British Medical Association y el National Health Service, como ya se señaló. A nivel ministerial, el Department of Health es la institución con mayor autoridad en Inglaterra, con funciones de control sobre los Departamentos similares en Irlanda del Norte, Gales y Escocia. Como representantes de la profesión también los reales colegios (*royal colleges*) de médicos,

cirujanos, *general practitioners*, etcétera, tienen a su cargo la normatización de cuestiones clínicas, promulgando estándares de atención y perspectivas respetadas sobre temas de ética médica (Moran & Wood, 1993).

### *El caso de la American Medical Association en EEUU*

Paul Starr utiliza una cita recogida en una publicación médica de 1869 para sintetizar las condiciones de la profesión médica en EEUU en la segunda mitad del siglo XIX: “la medicina ha sido y es actualmente la más menospreciada de todas las profesiones a las cuales hombres dotados de educación liberal pueden querer ingresar” (Starr, 1982, p. 7).

Esa condición de inferioridad relativa de una ocupación que el mismo Starr caracteriza como débil, dividida, insegura en cuanto a estatus e ingreso, incapaz de controlar la incorporación a la práctica y elevar los estándares de formación de sus futuros miembros, solo sería superada a comienzos de siglo XX.

La mayoría de los análisis históricos dedicados a la medicina estadounidense señalan la fragmentación de los curadores en el siglo XIX, la inexistencia de gildas o colegios de especialistas, la multiplicidad de sectas, la proliferación de escuelas médicas que solo ofrecían un entrenamiento rudimentario. No existían límites legales al ingreso en la práctica. Los primeros intentos por parte de los Estados de regular el otorgamiento de licencias a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX se concretaron en una serie de leyes que serían derogadas, en algunos casos a través de conflictos relativamente ásperos y prolongados, en torno de la década de 1830.

En la mayoría de los Estados las exigencias para obtener la licencia que habilitaba el ejercicio fueron nuevamente introducidas en las décadas de 1870 y 1880. Las Juntas designadas para regular su otorgamiento estaban dominadas por las élites médicas locales. Sin embargo, recién a comienzos del siglo XX el movimiento de reforma liderado por la American Medical Association (AMA), que suele vincularse con la difusión del informe Flexner, otorgó a la educación médica estadounidense un estatuto científico reconocido. A partir de ese momento, la AMA se constituye como poderoso cuerpo autorregulador y como un influyente vocero de la profesión (Moran & Wood, 1993).

Los médicos ortodoxos o *regulares*, solo uno de los diferentes grupos que se disputaban la jurisdicción sobre la cura, habían procurado diferenciarse de sus competidores thompsonianos, eclécticos, homeópatas, osteópatas y quiroprácticos, organizándose a mediados del siglo XIX en la American Medical Association a partir de una convención reunida en Nueva York en 1846. Según Starr, la AMA es producto del descontento de los miembros más jóvenes, más activos y con más dificultades de establecerse adecuadamente del grupo de los médicos *regulares*. Estaban interesados fundamentalmente en definir y normatizar las exigencias para la obtención del título profesional. Una de sus primeras medidas fue la adopción de un código de ética, orientado a excluir de su membresía a los miembros de las sectas y a los practicantes carentes de entrenamiento formal.

Sin embargo, por más de medio siglo la AMA fracasó en el logro de ese objetivo básico de controlar la educación médica. Los médicos irregulares la acusaron de intentar monopolizar la práctica, y no tuvo éxito cuando intentó excluirlos de las pocas posiciones médicas existentes en el interior del gobierno federal. Su membresía era reducida y sus finanzas inexistentes, causa y consecuencia a la vez de la falta de una organización consolidada. Rápidamente descubrió que muchos de sus miembros estaban en situación de conflicto de intereses, por ser propietarios o profesores de las escuelas que sus líderes menospreciaban. Algunos de sus miembros más prominentes llegaron incluso a cuestionar las prescripciones de su código de ética defendiendo la continuación de los vínculos profesionales con los homeópatas.

Según la lectura de Starr la consolidación de la organización profesional se produjo por convergencia y no por exclusión. A medida que la profesión se hizo más urbana y más especializada se fue debilitando la *línea dura* construida contra las sectas. El desarrollo de la especialización incrementó la interdependencia en el interior de la profesión; los especialistas dependían en parte de homeópatas y eclécticos para obtener referencias. En paralelo, el crecimiento de los hospitales estimuló las vinculaciones entre los grupos sectarios —que no consiguieron desarrollar sus propias instituciones— y la medicina regular. El desarrollo del conocimiento proporcionó también una base creciente para la convergencia. Sectarios y regulares compartían la mayoría de los fundamentos de la ciencia médica y en la medida en que se desarrollaron las aplicaciones terapéuticas, las diferencias entre ellos tendieron a disminuir. El más importante signo de un posible acuerdo entre los grupos en competencia fue su apoyo común, en las décadas de 1870 y 1880, a la restauración de la legislación de los Estados destinada a regular las condiciones del ingreso a la práctica (Starr, 1982).

Sin embargo, la regulación efectiva a través de las sociedades médicas estatales y de condados tuvo que esperar a los primeros años del siglo XX. La actividad de las Juntas encargadas de normatizar las condiciones de otorgamiento de la licencia tuvo poco impacto porque las exigencias de calificación no eran significativas. Los 8.000 miembros de la AMA constituían solo el 7% de los médicos en 1900. Hacia 1910 la AMA representaba al 50% y en 1920 al 60% de los médicos, que buscaban integrarse a sus filiales en razón a que tal membresía se había convertido en requisito indispensable para la atención de pacientes en los hospitales. (Moran & Wood, 1993).

Larson asocia ese fortalecimiento de la unidad profesional con la integración de sus miembros en un cuerpo de conocimiento de base científica y por lo tanto universal. En su análisis —que privilegia el componente educativo con el mismo énfasis que coloca Freidson en lo político— el fracaso de los intentos de los médicos regulares por unificar la profesión se debió al carácter arbitrario de las razones esgrimidas para la exclusión de otros practicantes. En EEUU, donde la casi total libertad de mercado había estimulado la proliferación, los médicos habrían intentado institucionalizar una ortodoxia particular a través de la fundación de escuelas diferenciadas, tanto en sentido físico como intelectual, que sin embargo no lograron diferenciarse en términos científicos o de eficacia terapéutica. En contraposición, las bases de construcción de la unidad profesional se lograrían a través del paso por la universidad; el

entrenamiento científico conduce a los futuros profesionales a través de una primera etapa de efectiva unificación y estandarización. De modo igualmente significativo, proporciona un claro principio de exclusión para los practicantes entrenados empíricamente y por lo tanto “no estandarizados” (Larson, 1977, p. 32).

El cambio en las bases políticas y de conocimiento de los médicos en EEUU se ubica a comienzos del siglo XX y es asociado, con diferentes grados de autonomía, a la publicación del informe Flexner en 1910. Los EEUU y Canadá, escribe Flexner, han producido en poco más de un siglo 457 escuelas médicas, muchas, por supuesto, de corta vida, y tal vez 50 recién nacidas; de ellas, solo 155 sobreviven hoy. Hasta la fundación de la escuela de medicina John Hopkins en 1893, EEUU no tuvo un centro de entrenamiento que pudiera compararse remotamente con los existentes en Alemania, o incluso en París o Edimburgo.

La decidida política de reforma sostenida por la AMA posibilitó la concentración de la educación médica en unos pocos centros, lográndose la transformación de la mayoría de las escuelas médicas en una sola década. El nuevo Consejo en Educación Médica de la AMA, organizado en 1904, descalificó la mitad de las escuelas médicas inspeccionadas, y esto condujo a la financiación del Informe Flexner por parte de la Fundación Carnegie.

Moran y Wood consideran discutible la influencia del Informe. Una interpretación alternativa a la que lo propone como disparador de los cambios es que las exigencias de las juntas de licenciamiento radicadas en los Estados, y las condiciones demostradas tanto por las escuelas médicas reformadas como por las nuevas, instaladas en universidades como Harvard y John Hopkins, habían ya desplazado fuera del negocio a las escuelas de bajo nivel de calificación.

Lo que no se disputa es que la combinación de todos estos factores condujo a una caída del número de médicos reconocidos después de 1900. El poder de la AMA como cuerpo autorregulatorio continuó creciendo. En 1912, la recientemente creada Federación de Juntas Médicas Estaduales aceptó como autorizado el rango de escuelas médicas de la AMA. El crecimiento de especialidades se demostró más difícil de regular y las juntas independientes de especialidades por fuera de la AMA se hicieron más influyentes. También las normas de acreditación de hospitales siguieron iniciativas del American College of Surgeons, pocos años después de su establecimiento en 1912.

De todos modos, el proceso histórico sumariamente descrito nos coloca en el momento de afirmación del poder de la AMA, punto de partida de la descripción elaborada por Freidson que intentaré sintetizar a continuación.

La Asociación Médica Americana es una organización nacional integrada por sociedades de estado y por sociedades de condado. Un miembro no puede pertenecer a la AMA a nivel nacional sin ser miembro de la sociedad de su condado; esto refuerza la importancia de la representación local, que entre otras cosas define los requisitos para la membresía.

Los miembros de la asociación local votan sus funcionarios y sus representantes a nivel de los estados. La Cámara de Delegados en cada uno de ellos elige representantes para el correspondiente órgano de gobierno a nivel nacional. Este a su vez

elige al presidente y otros funcionarios y a la Junta de Administradores (Board of Trustees), encargada de la conducción cotidiana de la asociación y el control de su gestión.

En el momento en que Freidson escribe, la estructura de gobierno de la AMA era conducida por un grupo reducido de personas, a criterio del analista como consecuencia de los procedimientos de elección que facilitaban la continuidad y desalentaban la organización de un movimiento opositor. La organización resultante sería, en términos del mismo Freidson, *monolítica*, facilitando el ejercicio de su poder en cuestiones relacionadas con salud. Entre las fuentes de ese poder se mencionan:

- ninguna otra asociación profesional proporciona al médico una alternativa a la afiliación en su sociedad local que pueda ser decisiva para su carrera (la membresía en la AMA fue utilizada como criterio de competencia profesional por determinados grupos de empleadores, incluyendo agencias del Estado).
- la falta de membresía puede elevar considerablemente las primas del seguro contra accidentes profesionales que tiene que pagar el médico, incluso puede ser motivo de denegación de ese seguro.
- en tanto la asociación local es la que establece los requisitos para el ingreso, puede utilizar ese poder para desalentar formas de organización alternativa (en el capítulo dedicado al desarrollo del *managed care*, entraremos en contacto con los médicos de las primeras prácticas de grupo, como la cooperativa de Puget Sound, a los que no se permitía acceder a la membresía de la respectiva asociación local).
- la AMA tiene en paralelo una historia prestigiosa en lo que se refiere a la regulación de la calidad de los servicios de atención médica; durante décadas se encargó de promocionar niveles superiores para la elaboración de fármacos, alimentos dietéticos y dispositivos diagnósticos y terapéuticos; promovió activamente la investigación científica y la comunicación de nuevo conocimiento y técnicas a través de publicaciones, conferencias y congresos; combatió la práctica de individuos sin título a la vez que estableció las normas que orientaron la currícula de las escuelas de medicina; se ocupó del establecimiento de normas para el entrenamiento, registro y certificación de cierto número de especialidades paramédicas, colaboró en la formación de archivadores y bibliotecarios especializados, terapeutas ocupacionales y otros auxiliares de la práctica profesional.
- a AMA ha puesto particular cuidado en relación a la organización y financiamiento de la práctica médica; sus principios de ética fueron elaborados sobre un modelo de práctica individual, financiada por honorarios según los servicios prestados, desconociendo la posibilidad de un sistema de seguro con pago anticipado; se opuso decididamente a la práctica asalariada en instalaciones de atención médica, objetando en particular el empleo de radiólogos, anestesistas y patólogos por parte de los hospitales; aceptó sin embargo sin demasiadas objeciones el empleo en investigación, salud pública, docencia y fuerzas armadas; el argumento de base fue que los elementos decisivos de la autonomía

profesional que influyen sobre la práctica son puestos en peligro en todas las circunstancias en las que no se utiliza con exclusividad el pago a partir de honorarios por servicio.

- en relación con las formas de seguro no presentó oposición decidida a los planes de reintegro; consideró críticamente los planes de seguro que establecen una triangulación por la cual es la empresa aseguradora la que paga los honorarios médicos y no el paciente en forma directa (Freidson, 1978).

La profesión médica afirma de ese modo su derecho a la autorregulación, que se realiza a través de instituciones complejas. La AMA se consolida como la institución reguladora dominante, trabajando en paralelo con un número de otras organizaciones profesionales como los Colegios de Cirujanos y de Médicos. Posee un cuerpo fundamentalmente deliberativo, la House of Delegates, que tiene a su cargo las decisiones políticas y un brazo ejecutivo, la Board of Trustees, compuesta por diecisiete miembros. Realiza sus principales funciones en colaboración con otros organismos, algunos de ellos gubernamentales (Moran & Wood, 1993).

La historia de la profesión médica en EEUU se diferencia de ese modo claramente de las condiciones de compromiso con el Estado presentes en el Reino Unido a lo largo de más de un siglo. El dato probablemente más revelador de las diferencias reside en la exitosa oposición al financiamiento federal de la atención médica que llevó adelante la AMA hasta la década de 1960. De ese modo consiguió mantener bajo el número de escuelas y la cantidad de egresados hasta que se hizo evidente una seria escasez de médicos bien entrenados. En 1959 un informe del gobierno estimó la necesidad de incrementar los estudiantes de medicina en un 50% para mantener la relación médico/paciente existente y en 1963 se puso en marcha la política de financiación federal de la educación médica.

### *El proceso de profesionalización en Alemania*

Si se quiere abordar los procesos de profesionalización de la medicina incorporando ejemplos por fuera del mundo anglosajón, una buena opción puede ser Alemania, que reúne en su modelo de organización y financiamiento de los servicios de salud algunas semejanzas (en un contexto institucional diferente) con la Argentina.

Las relaciones entre profesión y Estado en Alemania parecen haber sido aún más estrechas que en el Reino Unido, incorporando además un dato novedoso: se presentan relativamente asociadas a su unidad tardía como nación y a las convulsiones de su sistema político. La lucha de los médicos por el reconocimiento del estatus profesional y el consiguiente derecho a la autorregulación se expresa en este caso a partir de la demanda de conformación de una Cámara especial: un cuerpo de derecho público con poderes y obligaciones legales garantizados por el Estado.

El estatus profesional fue precisamente eso, un estatus legal distintivo marcado por instituciones particulares y por la posesión de derechos y deberes legalmente reconocidos. Una distinción significativa se producía de ese modo entre las

ocupaciones involucradas en el comercio, y públicamente reguladas como tales, y aquellas a las que se otorga el derecho de regularse a sí mismas a través de su propia Cámara.

La membrecía en una organización estatal de ese carácter era obligatoria para todos los que practicaban una ocupación a la que se reconocían características especiales que la diferenciaban de aquellas dedicadas al comercio. Las Cámaras, conformadas como instituciones de derecho público, representaban a la ocupación a la vez que controlaban su práctica. Por esa vía lo que los médicos procuraban a través de sus luchas fue el reconocido símbolo de estatus que separaba una ocupación profesional de las actividades convencionales de los empresarios que competían en el mercado.

En el momento de la unificación del Reich alemán en 1870, solo algunos de los Estados componentes habían concedido a sus médicos el estatus regulatorio particular que suponía la existencia de una Cámara. Y aunque estas instituciones se fueron desarrollando lentamente en algunos de ellos en las siguientes décadas, esos éxitos parciales fueron a la vez demostrativos del fracaso de la profesión en su lucha por obtener una ley nacional que sancionara su unidad como tal.

En esa condición de dependencia y relativa debilidad frente al Estado, los médicos alemanes debieron enfrentar, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, frecuentes conflictos por la definición de las condiciones de su práctica cuando esta era financiada por los fondos de seguro de enfermedad establecidos por ley en 1883.

La emergencia de ese tipo de enfrentamientos tenía sus raíces en la confrontación de diferentes concepciones y necesidades vinculadas a la organización de servicios de salud y también en diferentes coordenadas de inserción social: la mayoría de los médicos —instalados en prácticas individuales— eran identificados como pequeños empresarios, mientras los fondos de seguro estuvieron hasta la década de 1930 estrechamente vinculados a los sindicatos y partidos políticos de izquierda.

Las diferencias se profundizaron en forma progresiva. Inicialmente los fondos de enfermedad cubrían solo una pequeña proporción de la población y no financiaban la atención médica; su función exclusiva era compensar la pérdida de ingreso provocada por la emergencia de la enfermedad. Su desarrollo posterior, sin embargo, cambió radicalmente las condiciones del mercado de atención médica: su membrecía creció de 4.29 millones en 1885 a 13.6 millones en 1911 y en forma paulatina extendieron su cobertura hasta hacerse cargo de los gastos asociados al tratamiento.

Las principales fuentes de conflicto radicaron en la organización de servicios propios por parte de las instituciones de seguro, convirtiendo a los médicos en sus dependientes asalariados. Aun aquellos que consiguieron conservar una práctica independiente perdían parte de su autonomía cuando se vinculaban contractualmente con un fondo. La sobreoferta de profesionales constituyó un factor agravante, puesto en evidencia al final de la Primera Guerra.

Los médicos conformaron sus propias organizaciones para hacer frente a esta situación, que contradecía su aspiración a la autonomía. El cambio en el equilibrio de poder, sin embargo, no se relacionó directamente con el incremento de su capacidad de presión, sino que derivó de la crisis de 1929, la depresión que castigó a



Alemania en 1930 y 1931 y la consiguiente intervención del Estado destinada a garantizar la supervivencia del sistema de servicios.

El resultado de esa actividad racionalizadora se expresó en el recorte significativo de la libertad de los fondos de seguro para instalar servicios de atención médica y determinar el nivel de las contribuciones recaudadas y de los beneficios otorgados.

La posición de los médicos mejoró decididamente a partir de las reformas introducidas en 1931, ya que obtuvieron el derecho a exigir a los fondos la introducción de una modalidad de pago por tratamiento proporcionado a sus beneficiarios. Las reformas determinaron la creación de asociaciones de médicos del seguro, con membresía obligatoria para todos aquellos interesados en trabajar con el sistema de cobertura social, que en ese momento alcanzaba ya a la mitad de la población. Estas asociaciones se constituyeron como cuerpos de derecho público que asumieron la responsabilidad de proporcionar atención médica fuera de los hospitales, garantizando la disponibilidad de médicos, regulando y supervisando la calidad y el costo de la atención provista y contratando en forma colectiva con los fondos de seguro en representación de todos sus asociados.

Por último, en 1935, ya bajo el régimen nazi, la profesión médica obtuvo un código con validez nacional que estableció el derecho de la totalidad de los médicos a formas de autorregulación ejercidas a través de las tradicionales Cámaras.

Al final de la guerra los partidos de izquierda propusieron la implantación de un seguro nacional único, pero la iniciativa no prosperó. Cuando se estableció la República Federal, en 1949, estaba en marcha el restablecimiento del sistema de fondos de enfermedad. La situación de los médicos como grupo dominante en el sistema de atención médica se mantuvo; las cámaras reguladoras establecidas por el régimen nazi habían sido disueltas, pero fueron reemplazadas por nuevas, instaladas también a nivel de los Estados. (Moran & Wood, 1993).

Sintetizando, la regulación de la profesión médica en Alemania puede pensarse como resultado de la especial significación que tuvieron las instituciones de derecho público en su organización, el régimen federal de gobierno y la importancia otorgada por el sistema jurídico alemán a la constitución y las cortes constitucionales. Como ya vimos, entre las instituciones de derecho público sería necesario diferenciar las Cámaras y las Asociaciones de Médicos de Seguro. Las primeras están a cargo del otorgamiento de la licencia, son las organizaciones responsables del control de la ética médica, rigen los tribunales de disciplina y supervisan la formación de posgrado de los profesionales. Las Asociaciones son responsables de la relación de los médicos en práctica local con las instituciones de seguro, y su rol ha sido crítico para la preservación de la independencia y el poder de este sector, el de mayor prestigio e influencia en el interior de la profesión.

Por otra parte, la representación de los médicos que trabajan en hospitales — remunerados a través de salario— está a cargo de una organización de tipo gremial o sindical, la Marburger Bund.

El sistema federal de organización del poder político y la importancia asignada a las cortes constitucionales como intérpretes de la constitución tiene un peso significativo en la trama jurídica en cuyo interior estas instituciones desarrollan sus

actividades. Tanto las Cámaras como las Asociaciones de Médicos de Seguro reproducen la estructura federal del estado, generando una estructura de regulación geográficamente descentralizada. Están vinculadas en federaciones, pero los procesos decisorios de mayor peso se definen en la organización individual a nivel de los Estados o regional.

El gobierno federal tiene pocas funciones ejecutivas de importancia en el campo de la atención médica. Su función principal es el diseño de toda la estructura reguladora, que está marcada por un alto grado de elaboración legal. Esto se vincula con la importancia otorgada a la Constitución en la atribución de derechos y deberes, y a las cortes constitucionales, tanto a nivel del gobierno federal como de los Estados, en la interpretación del significado de la Ley Fundamental (Moran & Wood, 1993).

## Los fundamentos del poder de la profesión médica

A partir de relativamente diferentes coordenadas de análisis de los procesos históricos de profesionalización, Larson y Freidson coinciden en el reconocimiento de la afirmación del poder de la profesión médica y las consecuencias sobre el sistema de servicios de su derecho a la autorregulación. La hipótesis de *dominancia profesional* establecida por Freidson no es contestada explícitamente por Larson, que acuerda en las características fundamentales de consolidación del monopolio garantizado a la medicina: unidad interna, convencimiento de la élite, aceptación por parte del público.

Por otra parte, Larson utiliza una metodología de análisis con énfasis estructural, que vincula el desarrollo de las profesiones con la emergencia del capitalismo y las nuevas formas de dominación que se consolidan en las sociedades industrializadas, abordaje que es ajeno a las preocupaciones de Freidson. Sin embargo, las diferencias entre ambos investigadores se ubican más nítidamente en las variables seleccionadas como fuentes del poder profesional en el interior de los mismos procesos históricos: un énfasis en lo político por parte de Freidson, la vinculación al carácter legitimatorio del conocimiento científico en la lectura de Larson.

Podría decirse, siguiendo el intento de síntesis elaborado por Speranza (1992), que el debate se ubica en las relaciones entre *conocimiento y poder*. El mismo Friedson ha colocado el problema del conocimiento en el título de uno de sus libros (*Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, 1986) cuyo primer capítulo aborda específicamente las relaciones entre conocimiento formal, poder y profesiones. Aunque el abordaje se amplía y enriquece considerablemente, el eje continúa siendo político: para comprender los modos por los cuales el conocimiento formal impacta el mundo social es necesario abocarse al análisis de la naturaleza de las instituciones que crean y sostienen a las profesiones, de aquellas en las cuales los profesionales trabajan y aun de aquellas otras a través de las cuales los profesionales pretenden ejercer poder. Otros investigadores se han incorporado al debate a partir

de nuevas formulaciones del problema. Intentaré ofrecer a continuación una síntesis de los principales enfoques.

### *Freidson: La relación entre profesiones y Estado*

El enfoque de Freidson es, como ya adelanté, netamente político. La afirmación de la dominancia profesional de la medicina no sería posible, ni tampoco su mantenimiento, sin la colaboración del Estado. La capacidad organizativa, el establecimiento de representantes formales ante el poder político, constituyen rasgos estratégicos orientados a encauzar las decisiones del Estado de modo favorable a las expectativas del grupo ocupacional. La autonomía, característica sobre la cual la profesión funda las bases de su poder, “se debe por ende a la relación con el Estado soberano, con respecto del cual no es finalmente autónoma. La autonomía del médico individual existe dentro de un espacio político y social mantenido en su beneficio por mecanismos ocupacionales políticos y formales” (Freidson, 1978, p. 39).

La hipótesis de Freidson diferencia dos áreas de expresión del poder profesional y sus posibilidades de control: la vinculada a los aspectos técnicos de su trabajo y la referida a la organización social y económica de dicho trabajo. La dominancia profesional se manifiesta, en contextos políticos muy diversos, a partir de que el Estado deja en manos de la profesión el control de los contenidos de su práctica. Lo que puede ser variable según las relaciones que se establezcan entre profesión y Estado será el control sobre la organización de esa práctica; concretamente, los aspectos vinculados a financiamiento y organización de los servicios de atención médica.

Corresponde, por consiguiente, según su perspectiva, poner el acento en lo que tiene importancia analítica fundamental: mientras una profesión se libere de la evaluación técnica y del control por parte de otras ocupaciones en la división del trabajo, su carencia de autonomía en relación al Estado, y aun su falta de control sobre los términos sociales y económicos de su trabajo no cambiarán significativamente su posición como una ocupación dotada de condiciones de privilegio.

En un trabajo posterior sintetiza de la siguiente forma las condiciones para el reconocimiento de la autonomía profesional:

- organización en asociaciones independientes tanto del Estado como del capital;
- esas entidades organizan y administran la práctica de un ambiguamente delimitado cuerpo de conocimientos y destrezas o jurisdicción que sus miembros monopolizan;
- son autoridades de última instancia sobre aquellas cuestiones personales, sociales, económicas, culturales y políticas vinculadas a su cuerpo de conocimientos y destrezas;
- determinan las calificaciones y número de aquellos a ser entrenados para la práctica, la sustancia de ese entrenamiento, las exigencias para considerarlo

satisfactorio y ser admitido en la práctica, y los términos, condiciones y objetivos de la práctica misma;

- también determinan los criterios técnicos y éticos por los cuales las prácticas de sus miembros son evaluadas y tienen el derecho exclusivo a ejercer disciplina sobre ellos;
- el modo como formulan e interpretan los problemas sometidos a su jurisdicción impacta tanto la conciencia popular como la política encaminada desde el Estado;
- dentro de los límites de reglas y estándares establecidos por sus asociaciones con autoridad, los miembros individuales son autónomos en sus lugares de trabajo. (Freidson, 1986).

En relación con el lugar que tiene el control de un conocimiento particularmente abstracto y complejo en el reconocimiento del derecho de la profesión a la autonomía, el análisis de Freidson remite reiteradamente al terreno ideológico. Cuando se los examina como parte de un proceso político, indica, resulta evidente que el conocimiento y la destreza son utilizados para defender los intereses del grupo en cuestión. En su lectura, además, las ideologías profesionales serían intrínsecamente imperialistas, reclamando una jurisdicción más amplia de la que podría justificar la eficacia demostrable.

En otros puntos de su obra, Freidson utiliza un enfoque relacional y señala las diferencias en la relación conocimiento/poder que pueden verificarse en el interior de las profesiones y entre ellas. Las diferencias más importantes a su criterio, surgen de la naturaleza de sus clientelas y el poder relativo que estas controlen. Tanto el poder de las opiniones legas organizadas políticamente para resistir y confundir la autoridad cognitiva de la profesión, como la resistencia persistente de sus clientes a nivel de las actividades institucionales cotidianas tornarían difícil en su opinión sostener el punto de vista de que el conocimiento formal es impuesto por sus agentes profesionales como una impronta mecánica sobre la vida humana.

La institucionalización que permite el empleo de conocimiento en asuntos humanos presupone procesos empíricos con agentes profesionales ocupando diferentes posiciones en un sistema, con diferentes tareas y perspectivas. Su trabajo concreto en esos diferentes lugares, el impacto que clientes con diferentes capacidades, el capital y el Estado pueden tener sobre ese trabajo, y las diferencias entre los mismos profesionales en virtud de sus diferentes perspectivas evocan, en palabras de este analista, un complejo y sutil cuadro de interacción y negociación entre seres humanos activos.

En las últimas páginas de su ensayo dedicado al análisis de los poderes profesionales Freidson reitera una pregunta que sigue considerando crítica y cuya respuesta no nos adelanta: ¿es el poder profesional el especial poder derivado del conocimiento, o es simplemente el poder normal de los intereses organizados, ya sean económicos, políticos o burocráticos? (Freidson, 1986, p. 225).

## *Johnson y el análisis de las formas institucionalizadas de control*

La propuesta analítica de Johnson se funda en la necesidad de elaborar una trama teórica que permita identificar, y dar cuenta de, diferentes tipos de formas de control institucionales. Si se centra la atención sobre las relaciones practicante-cliente, sería posible considerar los cambios en la distribución de poder en la sociedad como un factor principal en la transformación de la naturaleza de la clientela y, por consiguiente, de las instituciones de control.

La emergencia de destrezas ocupacionales especializadas habría creado *relaciones de dependencia social y económica* —ya que la consecuencia ineludible de la especialización en la producción de bienes y servicios es la pérdida de especialización del consumo— y relaciones de *distancia social*. La distancia social crea una estructura de *incertidumbre*, que también ha sido reconocida como *indeterminación*, en la relación entre producción y consumidor. Habría un mínimo variable de incertidumbre en cualquier relación consumidor-productor; el balance de poder será lo que determine si la incertidumbre resulta reducida a expensas de uno u otro de los elementos de la relación.

Los recursos de poder disponibles para cualquier grupo ocupacional raramente son suficientes para imponer a todos los consumidores sus propias definiciones del contenido de la producción y sus fines, excepto cuando estos recursos se articulan con otras y más amplias bases de poder social. Es solo cuando un grupo ocupacional comparte importantes recursos de poder en virtud de su membresía en una clase o casta dominante, que tal imposición puede realizarse, y esto solamente cuando los consumidores o clientes proporcionan una relativamente grande, heterogénea y fragmentada fuente de demanda.

Si bien estos factores ayudan a explicar por qué surgen determinadas formas institucionalizadas de control de una ocupación, existe un factor adicional vinculado al grado en que las diferentes ocupaciones producen una estructura de incertidumbre, y sus consiguientes potencialidades de autonomía. La práctica médica, por ejemplo, se ubica entre aquellas ocupaciones donde el juicio del cliente o consumidor es particularmente inefectivo y la búsqueda de ayuda calificada necesariamente supone la intrusión de extraños en las áreas íntimas y vulnerables de la identidad individual o grupal, áreas significadas por tabúes sociales en relación a privacidad personal y funciones corporales, al igual que áreas de significación ritual, como el nacimiento y la muerte.

Johnson considera que se construyen así potenciales áreas de *tensión social*, en función de una mayor exposición de los clientes o consumidores a una posible explotación, y señala que históricamente se han diseñado diferentes mecanismos sociales de control para *administrar* dichas áreas. Así se establece un conjunto de reglas y convenciones sobre quién puede hacer qué, a quiénes y cuándo. Estas reglas destinadas a institucionalizar los mecanismos de control no solo varían en asociación con los cambios en el contenido del conocimiento y destrezas propios de una ocupación, sino también en respuesta a problemas y necesidades emergentes que son en gran medida el producto de cambiantes relaciones de poder.

Existirían tres amplias modalidades de resolución de las tensiones existentes en la relación productor/ consumidor que intentaré sintetizar siguiendo las líneas generales de su argumento.

### **La forma colegiada, conocida también como profesionalismo**

En este caso el productor define las necesidades del consumidor y la manera en que se les dará satisfacción. Estamos ante una forma de control *colegiado*, ejemplificado en la emergencia de asociaciones ocupacionales autónomas (*guildas* en la Europa Medieval, *profesiones* en la Inglaterra del siglo XIX).

- El profesionalismo surge donde las tensiones inherentes a la relación productor-consumidor son controladas por medio de una trama institucional basada en la autoridad de algunas ocupaciones.
- Las condiciones para su emergencia se desarrollaron en Gran Bretaña en la segunda mitad del siglo XIX en asociación con el aumento de poder de la clase media urbana que proveyó: a) un mercado en expansión para servicios basados ampliamente sobre necesidades individuales, b) las bases de reclutamiento para las filas profesionales en aumento, c) las bases organizativas de sus propias asociaciones autónomas.
- El profesionalismo se asocia con una comunidad ocupacional homogénea, que estimula el sentido de identidad, además de una carrera ocupacional continua que proporciona un estatus equiparable.
- Las definiciones de rol y las normas generadas por una comunidad de esa índole son sostenidas por un código de ética y procedimientos disciplinarios autónomos.
- Puede reconocerse también un elemento ideológico asociado con un énfasis particular colocado sobre la relación diagnóstica: sería solamente sobre la base de una relación personal completamente libre entre el experto y su cliente que el diagnóstico puede ser llevado a cabo con éxito.

### **El patronazgo oligárquico o empresarial: Las diferentes formas de control comunitario**

Bajo esta modalidad, el consumidor define sus propias necesidades y la manera en que serán satisfechas. Los ejemplos de patronazgo oligárquico o aristocrático remiten a las formas históricas de dependencia del favor de individuos o familias poderosas por parte de artesanos, artistas, arquitectos y médicos. El patronazgo empresarial expresa las formas contemporáneas de inserción de algunas ocupaciones en las sociedades industrializadas; el control comunitario la existencia de organizaciones de ese nivel que imponen a los productores sus propias definiciones de necesidades y práctica.

- El patronazgo surge donde la demanda dominante efectiva de servicios ocupacionales proviene de una clientela pequeña, unitaria, poderosa. Esto sucede en el interior de una élite aristocrática que comparte intereses comunes monopolizando determinados servicios.
- También puede desarrollarse donde unas pocas empresas de gran escala se transforman en los principales consumidores de los servicios de expertos.
- En estas condiciones tanto la autoridad como la autonomía de las ocupaciones se reducirían al mínimo. La incertidumbre se reduce donde el patrón controla una posición que le permite definir sus propias necesidades.
- El surgimiento del patronazgo de tipo tradicional/ aristocrático se asocia con un grupo ocupacional fragmentado, jerárquico, localmente orientado. El patrón *mantiene* a su artista, arquitecto, doctor o sacerdote. Estos comparten, en medida limitada, la posición social de su patrón. Su prestigio se define en términos sociales más que técnicos.
- La fragmentación jerárquica puede incluso expresarse en sistemas duales de práctica en el interior de una misma ocupación. La existencia de una élite que monopoliza el sistema ocupacional no elimina las necesidades de otros grupos sociales que serán atendidas por ocupaciones subordinadas, e incluso en términos de sistemas de conocimiento divergentes.

### Las formas de control a través de la mediación

Una tercera parte media la relación entre productor y consumidor, definiendo las necesidades y la manera de satisfacerlas. La expresión más significativa sería la *mediación del Estado* y el ejemplo histórico más relevante el desarrollo de las políticas de bienestar (otro ejemplo histórico provendría del rol de la Iglesia medieval en Europa en la regulación de la práctica de un amplio rango de ocupaciones).

- La mediación surge cuando el Estado intenta remover del productor o del consumidor la autoridad para determinar el contenido y los temas de la práctica. Puede hacerlo con un mínimo de intromisión sobre un sistema de control profesional existente a través de subsidios destinados a las personas necesitadas.
- Estos subsidios pueden ser administrados por la misma ocupación, o bien, en el otro extremo de un continuo de mediación creciente, el Estado puede asegurar una determinada distribución de servicios a través de una agencia estatal que será el empleador efectivo de todos los profesionales que tienen la obligación de proporcionar un servicio determinado.
- Este tipo de mediación ha tenido como efecto extender servicios a consumidores que son definidos sobre una base de ciudadanía más que en relación al origen social o la capacidad de pagar honorarios. Como consecuencia, existe una mayor diversidad en las características de estatus de los consumidores en relación a las otras formas analizadas.



- La mediación del Estado puede transformar las bases de reclutamiento de futuros profesionales; en estos casos el ingreso a una ocupación dejará de estar controlado por las asociaciones respectivas y se colocará mayor poder sobre instituciones académicas tales como universidades y colegios técnicos.
- En este tipo de control surgen generalmente elementos del rol burocrático entrelazados con el rol ocupacional en organizaciones de servicio. El resultado es un dilema que resulta del problema de equilibrar las necesidades administrativas y las propias de los consumidores. La burocratización de la ocupación tiende a estratificar practicantes y a formalizar incipientes clivajes.

Las tres modalidades de control de las actividades de una ocupación identificadas en esta presentación esquemática remiten en última instancia a una descripción de condiciones verificadas en diferentes momentos históricos y formas de organización. Podría decirse que Johnson no ha conseguido demostrar su hipótesis de existencia de una determinada distribución de poder asociada a la emergencia del profesionalismo, sin embargo, ha avanzado en el desarrollo de una perspectiva histórica y relacional para el análisis de las formas de control/regulación de diferentes prácticas sociales.

### *Larson y el lugar del conocimiento científico en la legitimación del poder profesional y la estructuración de un mercado*

Contrariando tácitamente el enfoque de Freidson y Johnson, Larson, en su trabajo de 1977, pone el acento en la confianza generada partir de la incorporación del entrenamiento profesional en un ámbito científico como núcleo central del otorgamiento de autonomía y la construcción de un mercado. El punto de contacto entre la medicina y las necesidades de fortalecimiento del sistema capitalista habría sido el progresivo ideal de eficiencia que exaltó a la ciencia y la pericia como el principio legitimador de un nuevo sistema de estratificación, tanto en las profesiones como en las empresas donde emergieron gerentes profesionales (Coburn *et al.*, 1983).

La base del poder político de las profesiones se asocia de ese modo a la conformación de un mercado particular y la demostración de efectividad superior en el manejo de la enfermedad. Dado que la mercancía ofrecida en este caso es un servicio, por definición intangible, la única manera de otorgarle una forma específica y reconocible por los potenciales clientes es normatizar el proceso de *producción* de *productores*. En ese proceso los futuros profesionales deben ser adecuadamente entrenados y socializados, de modo que provean servicios claramente diferenciados para su intercambio en el mercado. Larson denomina a este proceso como negociación de *exclusividad cognitiva* y lo considera inseparable de la producción y progreso del conocimiento médico (Larson, 1977, p. 24).

En el período en que las profesiones se consolidan —recordemos que se trata de procesos históricamente situados— la mayoría de los mercados de servicios profesionales tenían que ser creados, ya que los existentes eran inestables y no habían

construido las bases para su unificación, no habían definido los estándares comunes sobre el significado de su mercancía específica, ni tampoco su jurisdicción, es decir el tipo de necesidades que pretendían tomar a su cargo. La consolidación del mercado requería que la superioridad de una clase de servicios fuera claramente establecida con relación a los productos en competencia. Los servicios profesionales, por consiguiente, tenían que ser estandarizados de modo de diferenciar claramente su identidad y conectarlos en la mente de los consumidores con criterios estables de evaluación.

Los empresarios profesionales al igual que sus contrapartes en la industria naciente, solicitaron la protección del Estado contra sus competidores no autorizados. Sin embargo, el ejercicio de la coerción por sí solo no podía garantizar la conformación de una clientela, si los potenciales consumidores tenían ya proveedores sancionados por la costumbre o no consideraban necesaria la búsqueda en el mercado para la satisfacción de determinadas necesidades. Establecer en el público una gran base común para la evaluación de necesidades y competencia profesional fue, por consiguiente, una tarea ideológica a la cual las profesiones en ascenso contribuyeron activamente, pero este tipo de persuasión no hubiera sido suficiente si la profesión hubiera carecido de formas concretas y socialmente sancionadas conducentes a demostrar la eficacia de su práctica.

La competencia preexistente —en el caso de la medicina, la multiplicidad de curadores portadores de reclamos de eficacia— la naturaleza única de los productos a ser comercializados y la incertidumbre de su valor de uso, influyeron para que el *locus* de control fuera establecido en el punto de producción de productores: los proveedores de servicios debían ser controlados de modo de estandarizar y tornar identificable la *mercancía* que se buscaba promover.

Los mecanismos institucionales probados para ese control fueron la licencia, el examen de calificación, el diploma y el entrenamiento formal en una currícula común. Alcanzaron su completa efectividad cuando la producción de productores profesionales fue conducida en el interior de sistemas monopólicos de educación. Sin embargo, estas condiciones existían ya en las *guildas* medievales. El ingreso pleno a la modernidad supuso una garantía de efectividad asociada con la base científica proporcionada por la concurrencia a la universidad, en un sistema simbólico donde la ciencia se constituyó como elemento fundamental de validación y legitimación cognitiva. La educación universitaria proporciona una posición privilegiada para defender garantías de competencia profesional fundada sobre bases universales y legitimar las demandas profesionales de autonomía y monopolio (Larson, 1977).

En un trabajo posterior, Larson insiste en vincular la expansión del poder de los expertos con las necesidades de legitimación del Estado capitalista. Desde el principio, afirma, la relación entre la ciencia y el Estado moderno en Occidente fue recíproca: los científicos necesitaban apoyo material y los monarcas esperaban que el naciente sistema cognitivo les proporcionara beneficios simbólicos e ideológicos. La promesa de la utopía tecnológica a través del conocimiento/ control de la naturaleza había estado presente desde siempre; se actualiza sin embargo en razón de las crecientes funciones del Estado como garante de la acumulación capitalista. “La

antigua relación ideológica se vio inconmensurablemente reforzada por la nueva base material” (Larson, 1988, p. 179).

### *Collins y su lectura de la educación como ritual*

Collins (1990) parte de la intención de analizar la emergencia de las profesiones a la luz de la teoría sociológica del conflicto, que remonta a sus raíces weberianas. Sus premisas básicas serían la posibilidad de explicar la conducta social y la estructura social en términos del interés de actores individuales en maximizar su poder, riqueza y estatus. Sin embargo, la clave elegida para el análisis no es política, sino estructural, y coincide con Larson en la importancia otorgada a la educación superior, aunque construye su argumento sobre bases diferentes. Esta orientación analítica puede asociarse con la utilización del concepto weberiano de grupos de estatus: comunidades que comparten estilos de vida y conciencia cultural.

En la lectura de Collins se recupera la diferenciación de Weber entre grupos de estatus y clases. Las clases son categorías de personas que tienen similares intereses económicos porque están en posiciones similares en el interior de los mercados. Pueden transformarse en grupos de estatus cuando van más allá del cálculo material de intereses de mercado, es decir, cuando se transforman en comunidades, comparten un sentido de identidad, ideales y normas para la conducta de vida.

Collins propone, como una importante extensión de la formulación de Weber, que los grupos de estatus pueden también aparecer en el interior de la misma división del trabajo: “los grupos de estatus aparecen no solo como grupos fuera del mercado, sino que estructuran el mercado mismo” (1990, p. 25). Asocia ese proceso con una categoría: *clausura del mercado*, que se basa en el concepto *clausura social* utilizado por Weber para identificar el proceso por el cual algunas colectividades intentan maximizar su poder o su bienestar restringiendo el acceso a los recursos y las oportunidades a un número limitado de elegidos. La reelaboración que Collins hace de este concepto, le permite observar que, en la sociedad capitalista moderna, los dos principales medios de exclusión a través de los cuales la burguesía se reproduce como clase son la institución de la propiedad y las credenciales académicas y profesionales.

Por su parte, Collins avanza en su desarrollo articulando la acción de los grupos de estatus con los procesos de clausura social. En vez de considerar a las ocupaciones como una estructura de posiciones fijas en el mercado, argumenta, es necesario abordarlas en su posible conversión en grupos de estatus en el dominio del trabajo. En lugar de responder pasivamente a la dinámica del mercado las ocupaciones intentan controlar tales condiciones: aquellas que tienen éxito en hacerlo son las que llamamos *profesiones*.

En esta lectura, el poder de las profesiones no surge fundamentalmente de la lucha política sino de la capacidad de los respectivos grupos ocupacionales para rodear su trabajo con rituales sociales y encaminarlos hacia la producción de símbolos *sagrados*. La importancia de la educación en la formación de las profesiones se asocia al hecho de estar constituida por una forma de ritual peculiarmente moderna

y secular. La expansión de la educación superior de masas ha puesto en manos de las ocupaciones que quieren elevar su estatus un recurso fácilmente accesible.

Las profesiones no son solamente ocupaciones que han logrado una clausura de mercado contra posibles competidores, han obtenido también un estatus ocupacional honorífico. Han revestido su trabajo con una *cobertura ideológica*: se trata de un *llamado*, no simplemente de un empleo. Es llevado a la práctica por razones de altruismo, compromiso moral, espiritual o estético, antes que en procura de beneficio mundano. Las profesiones modernas han logrado estatus honorífico sobre la base de sus calificaciones educacionales. La pregunta que formula Collins cuando llega a este punto de su argumento, se vincula a la naturaleza particular de la educación en estos enclaves de alto estatus. La respuesta se asocia a la consideración de la educación como ritual:

Toda la educación es un ritual en cierto sentido formal. Un ritual supone la reunión de un grupo; su común foco de atención, el fortalecimiento de un talante colectivo; y como resultado, la significación simbólica del contenido de la ceremonia, que ahora se convierte en un emblema cargado con sobretonos morales y representa la membresía en el grupo. La participación en rituales no solo forma identidades de grupo, sino que da a los miembros señales simbólicas que pueden llevar con ellos, utilizarlas para guiar e idealizar su propia actividad, y para reconocer a otros miembros del grupo. Si diferenciamos entre rituales formales explícitos y “rituales naturales” que tienen la misma estructura, pero se producen sin explícita intención ceremonial, resulta claro que la educación es un “ritual natural”. Hay, por supuesto, diferentes métodos de educación que han sido utilizados históricamente [...] Existe casi siempre el grupo de estudiantes, el foco de atención común, el modo particular en que se ubican en la ocasión de la sala de clase, separados de la vulgar realidad “profana” (en el sentido durkheimiano) y los objetos sagrados que son exaltados en este proceso ritual —generalmente el contenido del currículum— pero también a veces el profesor e incluso el estudiante. (Collins, 1990, p. 38).

¿Por qué la educación tiene en determinados escenarios la posibilidad de construir un vínculo intenso entre aquellos que participan en su ritual? En el caso de los científicos, afirma Collins, la identificación del individuo con el dominio *sagrado* es muy fuerte. Esto sugeriría que el elemento crucial radica en el proceso general de ritual educacional de élite.

Los individuos que aspiran a un estatus profesional generalmente han construido un stock de capital cultural que los pone cómodos en ocasiones rituales; están en mejores condiciones para introducirse en el procedimiento educativo. Y tienen mayores posibilidades de asimilar su condición de ritual. Su participación es tan intensa que terminan identificándose a sí mismos con el tema de estudio. Al mismo tiempo que este foco intenso hace “sagrados” a los contenidos del *currículum* también hace a los estudiantes, a través de su participación, miembros del dominio “sagrado” por derecho propio (Collins, 1990, p. 39).

## *Waters y la recuperación del principio weberiano de colegialidad*

Apoyándose igualmente en el concepto weberiano de clausura, Waters (1989), sin embargo, vuelve a colocar la cuestión en clave política, ya que se propone analizar la racionalización de la vida moderna como el resultado de un conflicto por la dominación entre grupos de interés y no como la institucionalización de estructuras normativas de carácter trascendente.

Weber habría sido el primer sociólogo moderno que intentara sistematizar el concepto de colegialidad: sin embargo, en opinión de Waters, no llegó a percibir la importancia de ese principio en el análisis de los grupos profesionales en la sociedad contemporánea. Weber predice un abandono de las formas colegiadas, particularmente en la esfera política, como resultado del avance de la burocratización que ofrecería ventajas de rápida toma de decisiones y administración eficiente.

Ese descrédito no fue compartido por muchos de sus contemporáneos, que, por el contrario, exaltaron las estructuras colegiadas como repositorios de integración frente al avance de la especialización y la racionalización. En el interior de ese tipo de estructuras, la comunicación tomaría lugar entre aquellos en roles altamente especializados, asegurando así la preservación de los estándares éticos compartidos, atenuando el peso de los intereses particulares por un lado y del ejercicio arbitrario del poder por el otro. El principal exponente de estas ideas es Durkheim cuya visión utópica de la emergencia de corporaciones ocupacionales corresponde en algunos aspectos con un cuadro de estructura colegial. Las corporaciones ocupacionales serían asociaciones gobernadas por consejos de empleadores y trabajadores y estarían encargadas de regular las condiciones de trabajo, proveer bienestar para sus miembros y administrar conflictos. Durkheim les asignaba además una función moral, servirían para la restauración de la solidaridad mecánica y como límites para la intromisión de *anomia* y división del trabajo forzada.

También Parsons habría evaluado en términos positivos la divulgación de las formas colegiadas en contraposición a la organización burocrática. La principal diferencia radicaría en que los profesionales asumen una *responsabilidad moral* y una particular *racionalidad cognitiva*, que Parsons considera como un valor central de las formas modernas de estructura social.

Después de examinar *in extenso* los aportes de estos y otros analistas, Waters considera que es posible construir una representación ideal típica de la estructura social colegiada, utilizando algunos paralelos entre las descripciones weberianas de las formas de administración colegiada y la vinculación que establece Parsons entre competencia técnica y autoridad colegiada. Un primer paso en su metodología analítica consiste en recuperar los principales componentes de la colegialidad:

- El ejercicio de autoridad sobre la única base de la *pericia* es el primero y más importante de ellos.
- Un segundo elemento es la *igualdad*. Parsons habla de *compañías de iguales* y, en realidad, la igualdad está implicada en la autoridad de expertos. Si la pericia es

universal, el área de competencia de cada miembro no puede estar subordinada a otra forma de autoridad.

- El tercero es el *consenso*. Todos los miembros de tales organizaciones deben participar en el proceso de toma de decisiones y solo las decisiones que tienen el apoyo completo de la colectividad están legitimadas por el peso de la autoridad moral.
- Una cuarta característica de la autoridad colegiada es el alto grado de *especialización*. En este punto Waters recupera a Durkheim, señalando que este tipo de autoridad emerge en un contexto de solidaridad orgánica: El consenso es indispensable dado que la pericia está especializada en un grado tal que ningún experto por sí solo puede tener conocimiento completo sobre un determinado problema. Waters se posiciona así en condiciones de producir una definición formal del *principio colegiado* no disponible en Weber:

Estructuras colegiadas son aquellas en las cuales existe una orientación dominante hacia un consenso logrado entre los miembros de un cuerpo de expertos que son teóricamente iguales en sus niveles de pericia, pero están especializados según áreas de pericia. (Waters, 1989, p. 956).

Las principales características de una organización colegiada serían: conocimiento teórico, carrera profesional, igualdad formal, autonomía formal, evaluación de producto y toma de decisiones colectivas.

Tales características diferenciarían claramente las organizaciones colegiadas de las burocráticas; también diferencian las organizaciones colegiadas de aquellas que corresponden a otros tipos: asociaciones voluntarias, cuerpos políticos democráticos, organizaciones orientadas al mercado, ya que cada una de ellas opera en términos de intereses específicos más que de racionalidad cognitiva.

En realidad, añade Waters, los tipos ideales burocrático y colegiado tienen algunas características comunes: ambos enfatizan la competencia técnica y la racionalidad técnica en la búsqueda de fines, tienen una altamente especializada estructura de tarea y una estructura de carrera profesional que incorpora seguridad en el cargo. El área crucial de diferencia es la estructura de las relaciones de autoridad. La colegialidad enfatiza procesos de igualdad, consenso y autonomía en los cuales las decisiones surgen como un producto colectivo y dotado de vinculación moral solo sobre los miembros; la burocracia enfatiza procesos de jerarquía, delegación y *accountability* en los cuales las decisiones son cuestiones de responsabilidad individual y resultan imperativas para los subordinados.

Dado que la burocracia y la colegialidad coexisten, serán frecuentes los conflictos entre estos principios contradictorios de toma de decisiones. La naturaleza no imperativa de las decisiones colegiadas y las ineficiencias propias de ese tipo de administración implicarán que cualquier conflicto entre elementos burocráticos y colegiados sea siempre desigual. Cuanto mayor sea la escala de una organización, mayores serán los imperativos a la coordinación y mayor el predominio de la burocracia.

Finalmente, Waters explicita su principal hipótesis: el vínculo entre profesionalización y colegialidad se encuentra indirectamente en el concepto de pericia. La pericia es el mecanismo que confiere autoridad a la clausura ocupacional a través de la exclusión, operando de la siguiente forma:

Los competidores que actúan conjuntamente forman un “grupo de interés” en relación a los extraños (*outsiders*); hay una creciente tendencia a establecer algún tipo de asociación con regulaciones racionales [...] llega el momento en que los competidores u otro grupo a quienes ellos pueden influenciar (por ejemplo, una comunidad política) establece un orden legal que limita la competencia a través de monopolios formales; a partir de ese momento, ciertas personas están disponibles como “órganos” para proteger las prácticas monopólicas, si es necesario mediante la fuerza. (Weber, 1997, p. 276)<sup>5</sup>.

Es verdad que el interés por garantizar un desempeño eficiente puede tener alguna importancia; los participantes pueden desearlo por razones idealistas o materialistas [...] Pero normalmente esta preocupación por un desempeño eficiente retrocede por detrás del interés en limitar la oferta de candidatos para los beneficios y honores de una determinada ocupación. (Weber, 1997, p. 278).

Por último, en sus conclusiones, Waters refuta la expectativa durkheimiana de que el desarrollo de las estructuras colegiadas proporcionaría formas de integración y relaciones de autoridad no arbitrarias:

Las formas de acción social no autoritaria o integradora son de carácter puramente interno; es decir, corresponden a las relaciones entre miembros. La acción externa, entre miembros y no miembros es excluyente, no *accountable* y no observable. Las prácticas externas de formaciones colegiadas las introducen centralmente en procesos de manipulación y coerción, en control social más que en integración. (Waters, 1989, p. 969).

### *La más matizada concepción de Rueschemeyer: La cuestión del control social*

En su trabajo ya citado Rueschemeyer recupera las diferentes orientaciones en disputa y logra un balance provisorio. Reconoce en primer lugar que la formación en tradiciones culturales importantes, que están aceptadas como válidas y son pragmáticamente relevantes a partir de un consenso generalizado, confiere prestigio casi carismático y constituye una poderosa fuente de autoridad para los expertos y de legitimación de su privilegio. La pericia basada en el conocimiento científico constituiría solo una variante de este fenómeno más general, no indispensable sin embargo para lograr ese efecto, ya que tanto en la historia como en las sociedades

---

<sup>5</sup> En esta cita y en la siguiente he preferido adoptar la versión en castellano de Economía y Sociedad, aunque no coincide exactamente con la versión inglesa utilizada por Waters.



contemporáneas muchas ocupaciones ilustradas no sostienen su competencia sobre bases científicas.

La intervención del experto estaría en parte determinada por el conocimiento utilizado y en parte sería contingente a la situación problemática de la que debe hacerse cargo; como consecuencia de ese doble anclaje puede estar relativamente estandarizada y sometida por lo tanto a evaluación de calidad en su resultado, o bien puede demandar complejas adaptaciones del conocimiento general a la situación particular y así requerir la aplicación de criterios no estandarizados, intuición o incluso métodos de aproximación por ensayo y error. Sería precisamente, en la opinión de Rueschemeyer, esta última forma la que proporciona la más poderosa base de autonomía en la inmediata situación de trabajo y también la más resistente a una descomposición de la competencia de los practicantes en sub tareas crecientemente especializadas y más fácilmente controladas.

Por otra parte, los intereses profesionales afectan la base misma de conocimiento, así como su aceptación pública. Demandas exageradas de efectividad, conservación de una imagen de mística y complejidad, exigencias en el proceso educativo dirigidas a conservar la imagen de respetabilidad profesional y limitación del acceso constituyen estrategias más o menos difundidas. Las profesiones han desarrollado una tendencia cierta a determinar normativamente los problemas específicos sometidos a su jurisdicción: los médicos influyen las concepciones de enfermedad y matizan sus definiciones de lo normal y lo patológico con valoraciones de base ética y prescripciones sobre estilos de vida adecuados, y los abogados modelan las perspectivas de justicia y orden, promoviendo una concepción más formal y procedimental que sustantiva de estos valores (Rueschemeyer, 1983).

A continuación, Rueschemeyer se ocupa de desacreditar cualquier lectura conspirativa que pretenda hacerse de esta base político-ideológica del conocimiento de los expertos:

Sería un error fundamental sacar de estos insumos preliminares e incompletos la conclusión de que los puntos de referencia de los análisis previos de los servicios de expertos —conocimiento pragmáticamente relevante, así como los valores y normas que informan los problemas a los que se aplica— son simplemente o primariamente una función de los intereses de los grupos de expertos en sí mismos. (Rueschemeyer, 1983, p. 53).

La propuesta conceptual que este autor elabora aparece como particularmente rica para la coyuntura de cambio abierta en las últimas décadas, ya que considera como la cuestión teórica central de este campo de estudio la referida al control social de los servicios de expertos, sus diferentes formas institucionales y sus condiciones estructurales. Este tipo de abordaje estaría dotado de potencial para la formulación de nuevos problemas e hipótesis, tanto para ser aplicadas al estudio de las profesiones como para iluminar de modo más amplio la problemática del cambio social. Según su perspectiva, serían los estudios históricos e interculturales comparativos los que reúnen las mejores condiciones para cumplir con tales expectativas, ya que

los problemas identificados conciernen a aspectos ampliamente extendidos de estructura social y cultural, así como a su cambio en el largo plazo.

## Los desafíos que enfrentan las profesiones en el fin de siglo

Se recoge en múltiples estudios la preocupación por precisar el impacto de las profundas transformaciones culturales, políticas, sociales y económicas de las tres últimas décadas tanto en las condiciones de trabajo de las profesiones como en su capacidad de definir áreas significativas de la vida social y consiguiente posibilidad de establecer estructuras normativas para orientar la conducta humana.

La complejidad de la cuestión ha tenido como primer efecto reducir el alcance de las interpretaciones elaboradas por los estudiosos del fenómeno profesional: la polémica generada a su alrededor obliga a precisar los elementos empíricos, y en esa vena es crecientemente difícil formular hipótesis sobre profesiones en general. La mirada vuelve a focalizarse, y la medicina recupera el carácter arquetípico que Freidson le asignara en 1970.

Reduciendo en consecuencia el objeto de análisis, en este último apartado me ocuparé de sistematizar algunas lecturas producidas en el campo de la sociología de las profesiones que analizan los cambios producidos en la organización de servicios profesionales procurando definir posibles tendencias futuras.

Para comenzar pueden verificarse dos esferas significativas donde se ha iniciado el registro sistemático de los cambios. La primera se vincula a las concepciones sobre salud-enfermedad-atención médica, la segunda a las formas de organización y financiamiento de los servicios de atención médica y al trabajo profesional en los mismos. No hay ninguna duda de la existencia de interpenetraciones y causación recíproca, sin embargo, suelen ser objeto de abordajes independientes, fundamentalmente a partir de la hegemonía que ha alcanzado la teoría económica en los análisis vinculados a la problemática de los servicios de atención.

Las dos esferas así especificadas formaron parte del campo de intervención de la medicina a lo largo de la mayor parte del siglo XX: la profesión construyó su jurisdicción simultáneamente sobre ambas áreas, avanzando gradualmente más allá de lo que Freidson denominó su área de eficacia demostrable.

A lo largo de este trabajo en diferentes oportunidades se ha hecho referencia a la capacidad apropiada por los profesionales en general y la medicina en particular para cambiar la definición y forma de los problemas que son sometidos a su pericia, y el consiguiente poder de crear una realidad social nueva. Esta peculiar capacidad normativa asociada a la práctica profesional ha sido leída por algunos como fundamento del orden social; cuestionada por otros como instrumento de control e instrumento de consolidación del Estado capitalista. En ocasiones se ha identificado su forma y efectos con la noción de poder elaborada por Foucault: se diseña una

fuerza tan penetrante como para modelar el mundo y controlar sistemáticamente el contenido y procesos de la vida humana sin tener que apoyarse en la coerción. (Freidson, 1986, p. 227; Larson, 1997, p. 6).

Larson, también en términos foucaultianos, habla de *poder capilar* para referirse a esta capacidad normativa de la medicina; y remite a la primera mitad del siglo XX la vigencia plena del modelo de *confianza* social en la capacidad de la profesión médica para construir formas de intervención eficaz sobre problemas sociales relevantes. A partir de la década de 1960 habría comenzado a gestarse una perspectiva crítica —contenida fundamentalmente en los enfoques de *medicalización e imperalismo médico*— que treinta años más tarde se expresa en la pérdida de control de la medicina sobre el discurso de la salud. Los vínculos que la epidemiología establece entre conductas individuales y salud-enfermedad; la filosofía subyacente a los movimientos de autoayuda; el crecimiento del movimiento ecologista, todo indicaría la emergencia de nuevas concepciones de salud/enfermedad que han dejado de ser responsabilidad primaria de la profesión médica.

En el mismo sentido ha argumentado también Klein (1993) cuando señala que, si bien la mayor parte del siglo XX debe ser caracterizada como un período durante el cual los problemas sociales han sido medicalizados de manera creciente, podría también afirmarse que en la década pasada problemas médicos han sido redefinidos como sociales. El ejemplo brindado para sostener esa afirmación se vincula al *revival* experimentado por el movimiento de salud pública a partir de una nueva retórica sustentada en la prevención antes que en la cura. Los límites de la medicina estarían siendo acotados en la medida en que se coloca un énfasis creciente en factores sociales, económicos y de conducta. Existiría un creciente reconocimiento de que la mayoría de los factores que determinan la salud, al menos cuando es medida a partir de la expectativa de vida, están fuera del control de la profesión médica<sup>6</sup>.

Igualmente significativos han sido los cambios en la organización de la atención médica y en la capacidad de los profesionales médicos de controlar el contenido y las condiciones de realización de su trabajo. En el capítulo que dedico al análisis de los modelos de *managed care* en los EEUU insisto en los procesos de concentración y extensión de la lógica empresaria a los sistemas de servicios y los cambios resultantes en la autonomía del trabajo profesional. Estudios vinculados a otros países describen condiciones relativamente similares en relación a una posible pérdida de la autonomía profesional, que en escenarios con mayor presencia pública se fundan en estrategias de control de costos puestas en marcha por gobiernos y agencias destinadas a la administración de seguros de salud.

---

<sup>6</sup> Es indispensable subrayar, sin embargo, que no se trata de una cuestión pacífica, ni siquiera en el interior de la sociología de las profesiones. En la misma compilación que incluye el artículo de Klein, Light afirma una expansión de la soberanía de la profesión médica: “La soberanía de la medicina se expande a través de avances en farmacología, biología molecular, genética, e instrumentos diagnósticos que descubren más y más patología antes desconocida. Aunque la cronicidad es el residuo de la cura y la creciente proporción de problemas insolubles está proporcionando una nueva legitimidad a las formas de cuidado, atención y terapia no médicas, ningún otro miembro de la práctica sobre la enfermedad tiene una base de conocimiento y destrezas que se expanda tan rápidamente como la del médico” (Light, 1993, p. 69).

La descripción de las transformaciones en EEUU puede resultar relativamente esquemática, pero sirve para ejemplificar los cambios en este tipo de sistemas de servicios, caracterizado por la descentralización y la pluralidad de formas organizativas. Antes de la Segunda Guerra predominaban los médicos autoempleados trabajando en sus propios consultorios y remitiendo pacientes a hospitales e instituciones más complejas, donde ocupaciones subordinadas se hacían cargo de la atención directa siguiendo sus directivas. Este modelo es caracterizado por Friedson como industria domiciliaria (*cottage industry*) y por Robinson como el *taller del doctor* (*doctor's workshop*). El rol del gobierno era fundamentalmente pasivo y la financiación de la atención estaba basada en subsidios cruzados entre los pacientes con capacidad de pago y aquellos que no podían hacer frente al costo de su atención, formas embrionarias de seguro privado y pago directo. (Freidson, 1985; Robinson, 1997).

Los primeros cambios se habrían producido con el involucramiento del gobierno en programas de cobertura social: Medicare, Medicaid, los programas de veteranos. Los médicos continuaron practicando fundamentalmente en sus consultorios e internando pacientes en hospitales con los que no tenían vínculos institucionales; pero los recursos técnicos a su disposición habían comenzado a multiplicarse y las ocupaciones auxiliares y paramédicas habían crecido tanto en el número de sus miembros como en la complejidad de la división del trabajo. Los hospitales desarrollaron complejas estructuras administrativas para coordinar la división del trabajo; el gobierno federal comenzó a hacerse cargo de un porcentaje substancial del costo de la atención, desarrollando elaborados sistemas de registro de la actividad de los médicos y complejos esquemas de contabilidad y facturación. La expansión de la tecnología diagnóstica y terapéutica tuvo consecuencias significativas en los costos hospitalarios, la generación de nuevas ocupaciones especializadas, la diversificación y estratificación en el interior de la profesión médica y el surgimiento de nuevos problemas legales y éticos.

En este punto termina la descripción de Freidson; a partir de otros registros describo en el capítulo dedicado a las organizaciones de *managed care* los nuevos vínculos institucionales tejidos entre profesionales, instituciones complejas de diagnóstico y tratamiento y organizaciones de seguro. Por el momento, este esquemático marco parece suficiente para incorporar las diferentes lecturas que en el interior de la sociología de las profesiones se han formulado sobre las transformaciones en marcha y el futuro de la profesión como consecuencia de las mismas.

### *La hipótesis de desprofesionalización*

El principal énfasis de esta hipótesis radica en la transformación de las relaciones entre los profesionales y su clientela. En sus términos los profesionales habrían perdido una parte significativa de la confianza otorgada por el público a su capacidad de hacerse cargo de los problemas sometidos a su jurisdicción. Un segundo rasgo, en parte vinculado al primero, es la creciente apropiación de conocimiento vinculado a la medicina por parte de la población en general; esto estaría cerrando

paulatinamente la *brecha de conocimiento (knowledge gap)* en la que se basara tradicionalmente la autoridad de sus profesionales y la obediencia reclamada al paciente como garantía de la efectividad del tratamiento.

Marie Haug se ha convertido en el principal referente de la tesis de desprofesionalización, fundada en la paulatina pérdida de la posición social de poder y prestigio que caracterizó a la medicina desde fines del siglo XIX o comienzos del XX. Cita cinco razones para esa progresiva declinación:

- el monopolio de la medicina sobre el acceso a un cuerpo definido de conocimiento ha sido erosionado por el creciente número de sistemas de recuperación automática, tales como los algoritmos computarizados para la evaluación de síntomas;
- la difusión de la educación masiva ha hecho que el público en general se encuentre menos dispuesto a considerar el conocimiento médico como misterioso; por consiguiente, es actualmente más probable que las personas desafíen la autoridad médica o procuren una segunda opinión sin referencia directa del primer profesional consultado;
- la creciente especialización en el interior de la medicina ha hecho a los médicos más dependientes unos de otros, pero también los obliga a acudir a expertos no médicos, especialmente ingenieros; el primer tipo de dependencia disminuye el poder del médico individualmente considerado, que deberá depender del consejo y pericia de sus colegas, la dependencia de los no médicos diluye el poder general de la profesión, su capacidad de control excluyente del campo sobre el que ha construido su jurisdicción;
- la imagen altruista de la profesión no ha soportado la visión de una posible conducta autointeresada que se comenzó a difundir en paralelo con el incremento continuo de los costos de tratamiento; los médicos han comenzado a ser considerados como responsables primarios de ese incremento de costos, se ha cuestionado su cumplimiento de los compromisos asociados al rol de agente en paralelo al debate sobre las hipótesis de demanda inducida.

Wolinsky recuerda que Haug, en la conclusión del primer artículo en el que presentó sus argumentos sobre la desprofesionalización, escrito en 1973, afirmaba que solo se trataba de una hipótesis. En ese punto consideraba tan viable la afirmación de una tendencia a la desprofesionalización como su opuesta, la hipótesis de dominancia profesional. Dejaba por consiguiente su verificación a cargo de la historia.

Quince años más tarde, en un trabajo de 1988, Haug reconoce que su tesis no resulta validada en un cien por ciento por la evidencia disponible, aunque tampoco se dispondría de información suficiente para rechazarla. En opinión de Wolinsky esto le permite asumir una posición más reflexiva sobre el problema que se sintetizaría en el siguiente párrafo:

En algún momento argumenté que la tecnología podía destruir la monopolización del conocimiento y llevar a la obsolescencia del concepto de profesión. Eso no ha llegado a suceder, al menos no hasta ese punto. Sabemos

ahora que el antiguo rol de predominio del médico sobre los pacientes basado en la autoridad no se sostiene ya tan ampliamente como alguna vez lo hizo. Finalmente, nuevas regulaciones del gobierno y J formas de organización desafían la autonomía del médico en muchos aspectos de su trabajo, como resultado de lo cual Starr (1982) confía en una transformación y corporatización de largo alcance de la provisión de atención médica. (Haug, 1988, pp. 54-55, citado por Wolinsky, 1993, p. 15).

Hafferty y McKinlay, por su parte, aunque han conformado la línea dura de la hipótesis de proletarización de la medicina, que sintetizaré a continuación, en uno de sus últimos trabajos enfatizan también ciertos rasgos que abonarían el argumento de una posible desprofesionalización. Critican una visión a su criterio excesivamente mecánica que considera una dinámica construida sobre tres fases diferentes: ascenso de la profesionalización, mantenimiento del poder profesional y declinación de las profesiones. En su argumento los límites entre estas tres fases pueden ser bastante amorfos, pero sus dinámicas son diferentes. El logro de las prerrogativas profesionales sería seguido siempre por un estadio en el cual el grupo así favorecido procura solidificar, extender o por lo menos proteger tales prerrogativas del desafío de las fuerzas externas. Ese tipo de fuerzas pueden encarnarse en otros grupos que procuran establecer sus propias *credenciales ocupacionales* o en acciones del Estado para controlar, limitar, o bien recapturar parte de la autonomía anteriormente concedida. En el caso de los grupos rivales los intentos por fortalecer su posición pueden ser hechos de manera aislada, o bien intentando apropiarse directamente de parte del territorio controlado por la profesión a la que consideran rival.

A su criterio, la mayor limitación para una adecuada comprensión de la declinación profesional radicaría en considerarla como una antítesis del movimiento de ascenso, una inversión de la trayectoria y ritmo de ese movimiento. De hecho, la declinación profesional no sería tan rápida, decisiva y clara como ha sido históricamente el proceso de afirmación de sus prerrogativas. La declinación del estatus de los médicos es un lento proceso histórico en el cuál sería difícil precisar las pérdidas reales de prerrogativas profesionales, ya que está acompañado por intentos de consolidación y mantenimiento, actitudes afirmativas o defensivas, muy a menudo penetradas por elementos retóricos. Una estrategia fundamental del esfuerzo de conservación sería intentar convencer —a sus rivales, al Estado, o al público en general— que la situación de conflicto no constituye una efectiva amenaza a su posición en el mercado. Por consiguiente, podría esperarse que cualquier grupo dominante continúe alegando control sobre espacios críticos, aun si tal control hubiera dejado de ser *real*. Del mismo modo, los alegatos de sus rivales pretenderán convencer de que el grupo cuestionado no cuenta ya con la autoridad cultural y la protección legal efectiva que antes poseía.

Argumentos de este tipo no parecen aptos para defender hipótesis de conservación o pérdida del estatus privilegiado de la profesión médica en las sociedades contemporáneas. Sin duda tienen mayor peso como ejemplos del carácter decididamente ideológico-político de la lucha profesional entablada en torno a determinadas

jurisdicciones, conforme al análisis ya presentado, realizado por Abbott y otros estudiosos del problema.

### *La hipótesis de proletarización*

John McKinlay (McKinlay & Arches, 1985; McKinlay & Stoeckle, 1988) habría sido, según la reseña elaborada por Wolinsky, el más elocuente vocero del argumento vinculado a una posible proletarización de los profesionales médicos. Construye su hipótesis sobre una perspectiva marxista, enfatizando la tendencia que afectaría a la totalidad de los trabajadores en las sociedades capitalistas a la expropiación del control de su trabajo. Los médicos habrían sido capaces de posponer o minimizar este proceso a través del uso de tácticas a disposición de algunos grupos particularmente poderosos. El argumento de proletarización se basa en procesos verificados en EEUU a partir del desarrollo del compromiso empresario y la burocratización de la medicina que habrían resultado en la eliminación de la posibilidad de autoempleo y consiguiente autonomía de los médicos.

La tendencia a la burocratización supone una creciente presencia de intermediarios en la relación entre pacientes y médicos; esto significaría una pérdida de control del vínculo médico/paciente, la subordinación a reglas de práctica y estructuras jerárquicas que enajenan la posibilidad del practicante individual de definir el contenido de su trabajo, y la declinación de la capacidad de autorregulación a través de la utilización de métodos informales.

De ese modo, la profesión médica estaría siendo despojada de determinadas prerrogativas vinculadas con la ubicación, el contenido y las características peculiares de su actividad, que estarían siendo progresivamente subordinadas a las exigencias de las formas de producción propias del capitalismo avanzado.

En tales modalidades de trabajo se perderían siete prerrogativas tradicionales, todas ellas definidas en términos de control: sobre los criterios de ingreso a la práctica (el sistema de acreditación y los requerimientos de membrecía); sobre el contenido del entrenamiento (alcance y contenido del currículum); la autonomía en relación a los términos y contenidos del trabajo (las formas en las cuales se realiza lo que debe hacerse), los objetos del trabajo (bienes producidos o clientes atendidos), los instrumentos de trabajo (aparatosología, biotecnología, aparatosología química), los medios de trabajo (edificios, instalaciones) y, por último, el monto y la tasa de remuneración del trabajo (niveles de salario, listados de honorarios).

El argumento se demuestra contrastando la situación de los médicos instalados a comienzos de siglo en prácticas de pequeña escala y remunerados a partir de honorario por servicio con la práctica actual, en relación a estas siete prerrogativas profesionales. Las conclusiones presentadas en un artículo publicado en 1988 señalan que cada una de tales prerrogativas habría cambiado, y buena parte de los cambios se habría producido en la década anterior. El efecto neto de la erosión de las referidas formas de control sería “la reducción de los miembros de un grupo profesional a



algún nivel común al servicio de los intereses más amplios de la acumulación de capital” (McKinlay & Stoeckle, 1988, p. 201).

Los cambios se estarían produciendo de manera gradual, y por consiguiente sería difícil su reconocimiento por parte de los profesionales comprometidos. Nuevamente en vena marxista, se incorpora el argumento de la ideología como velo, con el potencial de ocultar la situación de dominación a aquellos que la padecen:

Para los médicos que están sometidos a este proceso en forma creciente, el mismo resulta disimulado por su falsa conciencia en relación al significado de sus actividades cotidianas y por una concepción elitista de su rol, de modo que incluso aunque el proceso se reconozca, los médicos son bastante reacios a admitirlo. (McKinlay & Stoeckle, 1988, p. 201).

Las principales críticas planteadas por McKinlay y Stoeckle a la concepción de Freidson se fundan en supuestas limitaciones en su enfoque, que consideran basado en una perspectiva social construccionista. Los fundamentos de su análisis se limitarían a una instantánea de la posición de los médicos en la década de 1960, careciendo de una explicación o teoría capaz de soportar un escrutinio cuidadoso en la década de 1980. Se le acusa además de haber desdeñado a los teóricos que discutían su enfoque como visionarios políticos, mientras afirmaba que la proletarianización no era un concepto sino un *slogan*, y que sería un error considerar la literatura respectiva como evidencia de un cambio real y no de un deseo de cambio.

En la discusión de los trabajos reunidos en su compilación publicada en 1993, que reúne una serie de estudios nacionales, Hafferty y McKinlay recuperan el debate con Freidson sobre otras bases.

En primer lugar, plantean la discusión relativa al conflicto sobre jurisdicciones. Señalan que, si bien es cierto que solo los médicos continúan siendo los únicos que pueden realizar diagnósticos y aplicar tratamientos, los hitos que delimitan los campos exclusivamente médicos serían menos precisos hoy. Citan como ejemplos los cambios producidos en EEUU a partir de la introducción de los D.R.G.: la obligación de sustituir la prescripción de medicamentos identificados por sus marcas con sus equivalentes genéricos; las limitaciones impuestas a los médicos para determinar la duración de las internaciones de sus pacientes, las prácticas que los obligan a simular un nuevo ingreso con otro diagnóstico para poder mantener a sus pacientes internados. Todas ellas serían manifestaciones de la forma en que tales reglas pueden cambiar y cambian el flujo y contenido del trabajo médico.

Del mismo modo señalan la aparición de prácticas de enfermería que suponen la formulación de diagnósticos, la lucha de los terapeutas físicos para que se reconozca su capacidad de diagnosticar y tratar pacientes en forma independiente, el movimiento de los farmacéuticos para obtener privilegios de prescripción.

Otra esfera de cambios significativos se ubicaría en torno del surgimiento de nuevos espacios de poder, que se hacen evidentes por ejemplo cuando las compañías de seguro se niegan a pagar determinado tratamiento, obligando a los profesionales a modificar o retirar esa alternativa de su arsenal clínico. En este nivel

proponen un argumento que se plantea como definitivo: no se trata de afirmar que la medicina enfrenta restricciones de elección en el interior de un rango de alternativas aceptables, por el contrario, lo que la hipótesis de proletarización afirma es que la medicina enfrenta una pérdida de poder discrecional sobre las opciones existentes; algo que anteriormente estaba sólidamente establecido por la pericia técnica alegada, y ahora enfrenta la presencia más explícita de consideraciones económicas o políticas.

También se registraría evidencia creciente de que fuerzas diferentes de la profesión médica tienen capacidad de influenciar la relación médico-paciente. El 1991, por ejemplo, en EEUU el Estado ordenó a los médicos no mencionar ciertas opciones médicas legalmente disponibles (aborto) a una determinada clase de pacientes (aquellos que buscan atención en clínicas con financiación federal, en su mayoría pobres) en una decisión que fue ratificada por la Corte Suprema.

En relación con otro de los argumentos esgrimidos por los defensores de la hipótesis de una continuidad de la dominancia bajo otras reglas, relativo a que las restricciones sobre la discrecionalidad del médico en función de mayor eficiencia tienen como fuente a la propia medicina organizada, Hafferty y McKinlay señalan efectos de intromisión de otros poderes verificados en la antigua Checoslovaquia y China; también en Canadá importantes decisiones sobre organización y contenido del trabajo médico serían tomadas por un plantel hospitalario donde interactúan médicos y no médicos, y las comisiones revisoras instaladas por los gobiernos provinciales tendrían importantes funciones de supervisión.

Como resumen de los diferentes argumentos vertidos para defender una pérdida de control profesional sobre los contenidos de su trabajo, estos analistas señalan:

La línea de base, creemos, es que un territorio anteriormente considerado como de exclusivo dominio de la medicina ha sido invadido; y si los médicos individuales con un grado M.D. fueron responsables o participaron en esa invasión es ampliamente irrelevante como argumento de facto en favor de una perspectiva de dominancia profesional. Lo que resulta relevante es la posibilidad de que los médicos hayan llegado a operar como agentes del Estado y otros intereses organizados, no como representantes de la comunidad profesional. Esta posibilidad de lealtades duales (y por lo tanto potencialmente conflictivas) ha sido identificada por Friedson como una amenaza a la hegemonía profesional en escritos anteriores. (Hafferty & Mckinlay, 1993, p. 213).

También el tema del ingreso médico contiene enfoques conflictivos en el punto de partida del análisis. Los partidarios de la proletarización consideran que tanto la fuente de ingresos (salario vs. trabajo independiente) como sus niveles son indicadores del estatus, prestigio y hegemonía de los médicos, de modo que los reclamos formulados por la profesión en torno de su estancamiento o declinación y el crecimiento del número de profesionales asalariados constituirían un elemento más en afirmación de su hipótesis. Sus adversarios, por el contrario, consideran que la fuente de ingresos es irrelevante para la cuestión, y que la información sobre declinación de salarios proviene de datos falsos o mal interpretados.

Sobre ese punto los argumentos de Hafferty y McKinlay regresan al análisis de base marxista sobre las relaciones de producción en el capitalismo tardío. Aunque los médicos en los países capitalistas perciban salarios altos tanto en valores absolutos como relativos, tales ingresos deben ser considerados en relación al valor total producido por el trabajo del médico para su organización empleadora. Si la presencia de biotecnología sofisticada, procedimientos de diagnóstico, y otros medios de trabajo permiten al médico generar fácilmente un ingreso por encima del millón de dólares en valor agregado para su empleador, un salario de doscientos mil dólares constituiría menos del veinte por ciento de ese producido.

debería ser obvio que los empleadores de los médicos, ya sean corporaciones o el Estado, pueden aumentar su ingreso incluso en la medida en que reducen sus prerrogativas, incluyendo la autonomía. El dinero comienza a funcionar así como un bálsamo, atenuando la herida o tal vez incluso la realidad de lo que está sucediendo. En este sentido, los ingresos en aumento pueden generar una falsa conciencia, similar al sentido de control generado por la especialización, de modo que los médicos, sintiendo que en sus bolsillos fluye el dinero, se vuelven miopes ante los pasos dados por los empresarios u otros intereses para reducir su control sobre el contexto, términos e incluso contenido de la atención médica. (Hafferty & McKinlay, 1993, p. 216).

### *Freidson y la hipótesis de continuidad del control profesional bajo nuevas formas*

Freidson ha sido el principal antagonista de los defensores de las tesis de desprofesionalización y proletarización, en primer lugar, porque sus proponentes con frecuencia las han definido explícitamente como perspectivas antagónicas a su afirmación de la *dominancia profesional*.

En sus abordajes sobre el tema Freidson (1984, 1985) despliega al menos tres tipos de estrategia: la primera consiste en refutar los argumentos de sus oponentes, la segunda en precisar los alcances de su perspectiva especificando los campos de actuación profesional a los que remite, una tercera supone incorporar al debate nuevos análisis del lugar de la medicina, los médicos, la profesión médica y sus organizaciones en la actualidad, volviendo a abrir el campo de estudio más allá de sus propias definiciones de cierre. Podría sintetizarse su enfoque señalando que no niega, por el contrario, resalta, los cambios en proceso en el interior de la profesión médica. Se posiciona sin embargo en el debate enfatizando la necesidad de hacer referencia a lo que efectivamente sucede, rechazando por consiguiente cualquier capacidad predictiva en un campo complejo y surcado por innovaciones que apuntarían tendencias relativamente contrapuestas.

Utilizaré la misma lógica para construir una síntesis de su enfoque, dejando de lado la primera estrategia —la respuesta puntual a los argumentos de las concepciones rivales— que suele conducir a enfatizar en situaciones particulares y a un número de reiteraciones.

Insiste Freidson en que la tesis que explicitó en sus primeros escritos en relación a la existencia de una dominancia profesional se refería específicamente a la relación de la profesión médica con otras ocupaciones presentes en la división del trabajo de los servicios de salud. Las demás ocupaciones de atención médica existirían bajo la protección de la medicina y aunque hubieran ganado su protección frente a otros competidores, solo tenían existencia en la medida en que la medicina se lo permitiera, ofreciéndoles a la vez la posibilidad de ser independientes y crecer grandes y fuertes. La profesión médica era por consiguiente descripta como dominante en una división del trabajo en la cual otras ocupaciones estaban obligadas a trabajar bajo la supervisión y seguir las órdenes de sus miembros. Con su autorización exclusiva para practicar medicina, prescribir fármacos, admitir pacientes en los hospitales y realizar otras funciones críticas de selección de pacientes, la profesión médica habría adquirido un monopolio sobre la provisión de servicios de atención médica.

Otros autores, alega Freidson (1985) habrían avanzado más allá de estos aspectos limitados en su caracterización de la profesión médica. La más arrolladora caracterización de la dominancia médica habría sido la de Iván Illich, aunque Foucault y sus seguidores avanzaron también en forma considerable. Cuando Illich afirma que la profesión médica crea las necesidades que llevan a las personas a buscar sus servicios, que de ese modo adquiere influencia sobre las conciencias mismas, ya que las personas piensan sus problemas como cuestiones médicas y por consiguiente requieren la ayuda de los profesionales de salud, está planteando la existencia de un poder mucho más penetrante que lo que Starr identifica como *autoridad cultural* de la medicina, señala Freidson. Ese poder podría ser denominado de manera más adecuada como hegemonía ideológica o cultural, una forma de dominio intelectual que permite controlar lo que la gente piensa.

La teoría de la dominancia profesional, precisa Freidson, haría referencia a dos tipos de fenómenos bastante diferentes: cultural e ideológico, por un lado y económico y legal, por el otro. Podría argumentarse que son interdependientes: que la posición especial, privilegiada y dotada de autoridad de la profesión médica no podría haberse obtenido en primer lugar ni mantenerse subsiguientemente a menos que la profesión tuviera alguna *autoridad cultural*, a menos que su orientación hacia la salud y la enfermedad y sus conocimientos y destrezas fueran ampliamente respetados. Así, el grado de respeto y confianza debe ser grande, comparado con el que reciben otras ocupaciones y ese monopolio ubica a las otras ocupaciones de atención en una posición subordinada.

Respeto y confianza son una cosa, y hegemonía cultural otra. La capacidad de controlar cómo las personas piensan de sí mismas y de sus problemas es una forma de dominio mucho más profunda que la capacidad de ser dominante en la división del trabajo. El concepto de hegemonía es tal que es difícil especificar o aun imaginar la evidencia que sería necesaria para demostrar su presencia y documentar su forma de operar. Freidson, por consiguiente, se muestra relictante a participar en la polémica en torno de estas cuestiones.

La dominancia ocupacional y el monopolio serían más fáciles de manejar empíricamente. Freidson considera evidente que la medicina sigue siendo la ocupación

clave en atención médica, dominante en la división del trabajo del sistema, y su posición estaría sostenida por un elaborado tejido de legislación y sistemas cuasi-legales de licenciamiento y acreditación institucional de los programas de salud. La AMA, subraya, coopera en la acreditación de más de 3.000 programas educacionales y más de 1.700 instituciones, para las 26 profesiones asociadas que reconoce.

Existe un segundo punto en las precisiones que formula Freidson sobre los alcances de su tesis. La tesis de dominancia se habría formulado en términos del conjunto de la profesión, no de sus miembros individualmente considerados. La dominancia sería una propiedad colectiva o, más precisamente, de carácter corporativo. Por consiguiente, la emergencia de un sistema de estratificación vertical en el interior de la profesión no alteraría sus relaciones con el ambiente externo.

Abundando sobre este argumento, alerta en primer lugar sobre el error implícito en el abordaje de una profesión como un agregado de practicantes individuales y no como una entidad organizada: aunque la profesión está compuesta por individuos que realizan su tarea cotidiana en interacción con otros, tiene también carácter corporativo. Está organizada en asociaciones formales cuyos funcionarios negocian leyes de licenciamiento, normas de acreditación, y de ese modo establecen la trama dentro de la cual sus miembros individuales trabajan. Además, algunos importantes segmentos de la profesión no están comprometidos en la práctica cotidiana. Y por último, la profesión está estratificada; los miembros de élite cumplen roles especiales en las asociaciones e instituciones profesionales e intervienen en negociaciones críticas con legisladores y funcionarios del gobierno para desarrollar las leyes y procedimientos administrativos, participando también en las juntas de gobierno de los hospitales y otras instituciones. Otras élites dentro de la profesión asumen la función específica de establecer, adelantar y comunicar el cuerpo de conocimiento y destrezas reclamado como propio por la profesión.

En el interior de esa organización, Freidson concede mucho espacio para la complejidad propia de una estratificación de ingreso, prestigio y condiciones de trabajo, que en parte contradice implícitamente los análisis de otros investigadores sobre las condiciones de conservación de relaciones colegiadas, basadas fundamentalmente en igualdad de estatus e identificación de intereses. En su perspectiva los miembros de las profesiones contemporáneas no constituirían un agregado homogéneo, por el contrario, estarían diferenciados por especialidades, por circunstancias de práctica diferentes, por sus roles como practicantes de base, profesores, investigadores y gerentes, y por su relativa preeminencia como líderes culturales, políticos e intelectuales, tanto en el interior de la profesión como en el mundo lego. Debiera asumirse además que cualquier profesión reconocerá entre sus miembros más de una orientación hacia su cuerpo de conocimientos y destrezas, con teorías en oposición y prácticas sostenidas por segmentos informales u organizados también en escuelas. También las relaciones entre profesión y Estado pueden estar cruzadas por diferentes posiciones ideológicas y políticas (Freidson, 1993).

Pese a esa complejidad interna, el carácter organizado y jerarquizado de la profesión y la conexión de su organización con la política del Estado y la conformación de instituciones sería lo que permite erigir una barrera importante a la efectiva

desprofesionalización o proletarización. Presiones que podrían resultar potencialmente críticas son contenidas por cambios adaptativos en la organización de las interrelaciones entre sus miembros, cambios que intentan satisfacer las demandas de consumidores, políticos y terceros pagadores sin sacrificar los fundamentos generales del control profesional.

Dos cambios habrían sido muy significativos en la afirmación de estos mecanismos adaptativos. El primero se vincula a que se ha hecho posible la competencia entre practicantes *en el interior* de la profesión a través de la publicidad. Aunque no fuera decidido por sus organizaciones, sino resultante de la intervención de la Comisión Federal de Comercio, ratificada por la Suprema Corte en 1982, el incremento de la competencia abierta tiene importancia en la medida en que quiebra una tradición que sostuvo la cohesión de la profesión médica durante la mayor parte del siglo XX.

La competencia pública abierta por los pacientes inevitablemente afectará las relaciones colegiadas, alega Freidson. Es probable sin embargo que las campañas de propaganda extendidas solo sean útiles para organizaciones de atención médica relativamente grandes y especializadas, no para los médicos en práctica individual. Si así fuera, los miembros individuales de la profesión no entrarían en competencia pública y sus relaciones no serían especialmente perjudicadas. La importancia de la derogación de las normas éticas que prohibían la competencia sería en ese caso de carácter fundamentalmente simbólico.

De mucha más importancia para la solidaridad de la profesión sería el segundo de los cambios señalados, vinculado al colapso de las normas que tradicionalmente gobernaron la forma en que los colegas se evalúan y controlan recíprocamente.

Un lugar significativo en los códigos de ética profesionales correspondió a las normas que prohibían la formulación de juicios públicos sobre la competencia técnica, la conciencia profesional y la ética de colegas, aun cuando en forma privada se reconociera la comisión de errores graves o perjuicios para el paciente provocados por negligencia. Esa pauta de conducta significó un elemento importante de cohesión para la profesión médica. En las cortes, cuando se trató de testimoniar en juicios de mala praxis, se señaló a menudo la existencia de una *conspiración de silencio*, que habría sido atacada y seriamente debilitada en los últimos treinta años.

Algo similar habría sucedido con la presión pública y política ejercida sobre los comités disciplinarios de las asociaciones médicas locales y estatales y las juntas estatales de licenciamiento que, en consecuencia, se mostrarían más activos en la investigación, enjuiciamiento y censura de la conducta de colegas.

Por último, un cambio más importante y de mayor significación sería la generalización de procedimientos de revisión formal de la práctica profesional a cargo de comités de pares, requeridos por la legislación federal en algunos casos y fuertemente estimulados por los grandes aseguradores privados. A partir de la década de 1970, el esfuerzo del gobierno federal para controlar costos condujo a exigir a los hospitales el establecimiento de comités de revisión de utilización para evaluar las decisiones de los médicos de hospitalización. A ello se agregó la conformación de las más elaboradas Professional Standards Review Organizations. Desde ese momento, una variedad de formas de revisión de prácticas y formulación de estándares se

habría desarrollado. En todos, la membresía activa es exclusiva o predominantemente médica, significando por consiguiente una oportunidad de autodepuración o autolegitimación para la profesión, necesitada de recuperar credibilidad pública.

Estas modalidades de revisión de la práctica médica existen fundamentalmente en los hospitales, pero también es posible encontrarlas en las instalaciones ambulatorias en gran escala de las HMO y las clínicas públicas. Su operación ha sido facilitada por el uso de computadoras para registrar y elaborar grandes masas de información que hubiera sido difícil manejar sistemáticamente en el pasado.

Trabajando en tales comités no es ya posible para los médicos decir: *Sucedió por la voluntad de Dios*, o bien: *¿quién soy yo para juzgar?* y permanecer en silencio para proteger a sus colegas de la chismografía. Se les exige ahora juzgar y tomar acción a través de tales comités. Además su acción es de carácter formal, constituyendo una forma de supervisión y control oficial de las decisiones individuales. Y desde que sus actividades deben ser registradas, ya no pueden ser meramente informales, privadas y de advertencia, en realidad son siempre potencialmente públicas.

Aunque sería falso decir que los profesionales están ahora carentes de toda la protección que les proporcionaban las relaciones colegiadas, puede afirmarse que las reglas de juego han cambiado de manera suficiente en la medicina para introducir importantes cambios en las relaciones que los miembros de la profesión tienen unos con otros, tanto en el modo en que compiten en el mercado como en la forma en que interactúan en el trabajo, particularmente en las instituciones grandes, complejas, sujetas a financiamiento por el Estado. (Freidson, 1985, p. 26).

Superficialmente, tales cambios podrían ser interpretados como burocratización en el sentido weberiano, ya que están acompañados por un incremento en las posiciones jerárquicas a medida que las organizaciones de atención médica crecen en tamaño, estándares específicos gobiernan la evaluación formal del trabajo, y los mecanismos de supervisión se extienden. Sin embargo, en todas las circunstancias en las que resulta comprometido el trabajo médico, son los miembros de la misma profesión los que están a cargo de establecer estándares, revisar desempeño y ejercitar supervisión y control. De ese modo, los cambios no afectarían la posición de la profesión como cuerpo corporativo en la división del trabajo social e institucional en la misma medida en que afectan la organización *interna* de la profesión, las relaciones entre médicos. La hipótesis que sostiene Freidson es que se están generando patrones de estratificación más específicos y formales de los que existieron en el pasado, mientras la posición de los practicantes de base cambia de manera más evidente.

Por último, Freidson delinea algunos de los principales clivajes en las relaciones intraprofesionales: existirían en primer lugar cambios importantes en la autoridad reconocida a los académicos y administradores profesionales sobre los practicantes de base. Los primeros habían sido tradicionalmente considerados, por ejemplo, por Alford (1975), como diferenciables de los profesionales dedicados a la práctica, y en consecuencia agrupados con los agentes industriales, institucionales y



gubernamentales para constituir el bloque de los *racionalizadores corporativos*<sup>7</sup>. Sería correcto diferenciarlos en relación con sus objetivos y orientaciones, pero constituiría un error separarlos, sostiene Freidson, ya que los tres grupos constituyen una parte esencial de la misma profesión organizada.

Aquellos definidos por sus posiciones académicas, en escuelas médicas y hospitales, son los encargados de codificar, refinar, comunicar y aumentar el cuerpo de conocimiento y destrezas de la profesión. Quienes se desempeñan en posiciones administrativas están encargados de equilibrar los fines colectivos de una junta de gobierno, el Estado, la municipalidad, la empresa, o cualquier otro agente, frente a los deseos y necesidades de los que efectivamente realizan el trabajo médico, protegiendo por lo tanto la práctica de la medicina de las presiones políticas y económicas presentes en el ambiente. Sin médicos que se hicieran cargo de ambos roles, la profesión solo podría sostener una posición que en el mejor de los casos sería equivalente a la de los artesanos, dependientes de su organización, pero sometidos a las innovaciones tecnológicas y las prácticas administrativas de otros grupos ocupacionales.

Estas serían las principales líneas de clivaje en el interior de la profesión, con profundas implicaciones para su unidad, mucho más significativas que las diferencias de especialidad, prestigio o ingreso utilizadas generalmente para identificar procesos de estratificación interna. Anteriormente los profesionales en la práctica empleaban su propio juicio clínico para decidir cómo manejar sus casos; en la actualidad los profesores y científicos que no tienen conocimiento de primera mano sobre estos casos individuales, establecen lineamientos que los administradores se ocupan de imponer de manera efectiva. Anteriormente los practicantes eran libres para decir cómo manejar sus relaciones con los pacientes, ahora los administradores intentan controlar el ritmo y ordenar el trabajo en el interés de la misión de su organización, que puede considerar que el interés colectivo de todos los pacientes (o de los inversores o los fondos de seguro) es más importante que el interés de los practicantes individuales y sus relaciones con pacientes individuales.

Aunque existen posibilidades significativas de eludir las normas y justificar las desviaciones, no sería difícil imaginar el potencial de conflicto que conllevan tales cambios. Tampoco lo es observar una organizada división de intereses que estaría surgiendo entre los practicantes como conjunto y los médicos administradores, planificadores e investigadores. (Freidson, 1984, 1985).

Por último, Freidson enfatiza la necesidad de producir una diferenciación clara entre describir y comprender lo que efectivamente existe hoy, y proponer direcciones posibles para el cambio futuro. Para la primera tarea recomienda la elaboración de un modelo sistemático, evitando depositar la confianza en conceptos

---

<sup>7</sup> En diferentes lugares de este libro recupero comentarios de diferentes autores fundamentados en esta publicación de Alford, que lamentablemente no he podido consultar. Dada su relativa antigüedad sería importante verificar si su descripción de las divisiones profesionales se sigue sosteniendo pese a las transformaciones verificadas en el sistema de servicios estadounidense en las últimas décadas. Las referencias a las que me refiero corresponden a Moran y Wood en el capítulo sobre regulación y a Hurst y Morone en el dedicado al concepto de reforma.

globales y enfatizando instituciones concretas y los procesos que las sustentan. Para el interés colocado en comenzar a vislumbrar el futuro exige una actitud cautelosa, que evite confundir tendencias efímeras de corto plazo con las destinadas a afirmarse en la larga duración y cambios cíclicos con aquellos de índole lineal, progresiva. (Freidson, 1993).

### *Otras posiciones en el debate*

El tema de los cambios en las relaciones en el interior de la profesión y las establecidas entre la profesión y su entorno ha despertado también el interés de otros analistas, de manera que sería excesivamente simplificador reducir la presentación del debate a los argumentos vertidos por los principales antagonistas. Intentaré recuperar a continuación cuatro enfoques que definen el problema en términos relativamente diferentes, los elaborados por Wolinsky, Collins, Klein y Rueschemeyer.

Wolinsky (1993) señala que en la discusión en torno de la desprofesionalización y proletarización y la respuesta ofrecida por Freidson existen algunos aspectos perturbadores. El primero se refiere a que han quedado sin respuesta tres preguntas que no deberían soslayarse: a) ¿cuándo un médico-administrador deja de ser un colega para los médicos en la práctica profesional?, b) ¿bajo qué circunstancias podría la participación o dominio de los no médicos en la estructura de reembolso amenazar la autonomía de la medicina organizada?, c) ¿es la medicina organizada todopoderosa (la referencia en este caso es a la AMA), o estuvo precisamente en el lugar adecuado en el momento adecuado?

La respuesta al primer interrogante se plantea en términos condicionales. Los administradores médicos podrían constituirse como una nueva profesión dominante solamente a partir de su completa diferenciación de la práctica médica efectiva. La probabilidad de que esto suceda sería pequeña. La carrera profesional de los administradores a menudo supone que emergen como tales desde las filas de los médicos practicantes en la organización, al igual que sucede con las carreras de los directores de los departamentos académicos y decanos. Por consiguiente, conservan su herencia profesional, que incluye las normas bajo las cuales fueron socializados.

La importancia de la segunda pregunta radicaría en el creciente rol de los no médicos en los aspectos de revisión de utilización que forman parte del proceso de reembolso. Las enfermeras destinadas específicamente a la revisión de utilización constituirían ya la principal línea de defensa de los terceros pagadores. Wolinsky reconoce lo adecuado del argumento de Freidson relativo a que son los mismos profesionales quienes elaboran las normas que se aplican en esos casos. Sin embargo, afirma que en la medida en que las enfermeras puedan aplicar alguna discrecionalidad en la determinación de la adecuación o justificación de los procedimientos aplicados por los médicos, el derecho a la autorregulación se vería debilitado.

La respuesta a la tercera pregunta se vincularía a cuestiones de legitimidad y emergencia de nuevos valores y necesidades sociales. En este caso Wolinsky

considera que podría hablarse de un proceso de contracción o reducción (*shrinkage*), bastante diferente de la desprofesionalización o la proletarización.

El segundo aspecto perturbador señalado por Wolinsky sería la inexistencia de efectivo debate. Los tres principales protagonistas de la contraposición de alternativas estarían reiterando los mismos argumentos por lo menos desde fines de la década de 1980; más aún, los defensores de las hipótesis de desprofesionalización o proletarización no habrían sido capaces de elaborar hipótesis contrastables.

En consecuencia, Wolinsky parecería aceptar el enfoque freidsoniano. La autonomía profesional es siempre un proceso conferido o garantizado por la legislación; la profesión debe conservar el respaldo del Estado para su posición; en consecuencia, en la medida en que la autonomía sea conservada en términos legales, la dominancia profesional permanecería intacta. Una amenaza posible radicaría en la aplicación de la legislación antitrust que, como ya vimos, constituye por el contrario para Freidson una posibilidad de nueva legitimación para la autoridad de la medicina.

Collins, por su parte, recupera las transformaciones contemporáneas en la misma línea que adoptara para describir las condiciones de emergencia del poder profesional. Si bien la educación proporcionó los recursos rituales por los cuales las ocupaciones se profesionalizaron, a fines del siglo XX estaría generando una situación de ambivalencia en torno de las profesiones. Esta ambivalencia se manifestaría en la superposición de una tendencia a lo que denomina adulación en relación a las profesiones y la emergencia de un importante nivel de autocritica de las profesiones sobre sí mismas.

Por un lado, en las sociedades contemporáneas seguirían pesando en forma significativa en la modulación de las conductas el respeto y la admiración ganados por las profesiones. Esto se debería a la persistencia de su atractivo como carreras y del respeto ritualizado que generan en los sectores populares. Sus alegatos de destrezas técnicas son tomados como trabajos maravillosos, y están ampliamente investidos con un aura mucho más heroica que los comandos burocráticos que actualmente controlan el poder en la sociedad moderna.

La *adulación* a las profesiones por parte de las clases inferiores puede ser entendida como el producto de circunstancias rituales propias de las diferentes clases sociales. Mientras los profesionales se apropian de los *rituales naturales* del sector cosmopolita, orientado hacia la producción y comunicación de símbolos, las clases subalternas habitan mundos sociales mucho más locales. Los *rituales naturales* de sus vidas cotidianas tienen un foco particular, en función de sus interacciones con un círculo relativamente estrecho de familiares y parientes, que produce en mayor medida símbolos orientados a las personas. El mundo de las clases inferiores es un mundo visto en términos de personalidades, no de estructuras y procesos y es juzgado en conformidad a las tradiciones, no por reflexión abstracta.

Cuando los individuos consideran a los miembros de las profesiones, señala Collins, no tienen otra forma de entenderlos que a través de la utilización de sus propias categorías cognitivas. Para los habitantes de un mundo construido en términos locales, las profesiones son meramente personalidades heroicas: científicos famosos, médicos que realizan transplantes de corazón.

De manera irónica, abunda este analista, el respeto que las clases populares tienen por los profesionales está basado sobre una forma enteramente no profesional de considerar el mundo. La fe en las profesiones, sin embargo, sería potencialmente volátil, ya que se basa en premisas falsas: espera milagros y puede llegar a escandalizarse cuando no suceden. Sin embargo, esa pérdida de fe constituiría un potencial para el futuro y no una realidad presente, el público —al menos en los EEUU— todavía confía en sus magos.

La contraposición de esta tendencia favorable con una difundida autocrítica por parte de las profesiones constituiría la situación de ambivalencia que para Collins caracteriza el momento actual. Han sido los mismos profesionales los que han planteado la cuestión de la clausura, del sesgo en sus propias filas, del fracaso de sus promesas de altruismo. La elaboración intelectual se ha vuelto autorreflexiva y relativista, negando la validez universal de sus propios reclamos cognitivos. Esta crisis de conciencia surgiría de bases estructurales. Si la mentalidad profesional se produce a partir de la inmersión prolongada y autodispuesta en rituales educativos, el resultado será identificación con el dominio de los símbolos.

En un tiempo se trató de una identificación ingenua; los profesionales estaban convencidos de disponer del método correcto y se reconocían en la disposición a hacer el bien. Con el tiempo esa ingenuidad resultó erosionada: los rituales educativos se intensificaron, aumentó la exigencia de credenciales, los individuos dedican más tiempo a su educación y se orientan hacia mayores niveles de abstracción simbólica. El contenido intelectual del entrenamiento profesional se ha hecho especializado, relativista y reflexivo: *“Los magos, en la privacidad de sus salones de clase, están comenzando a ser autoconscientes de sus propios trucos”*.

El resultado es que las profesiones están comenzando a ser socavadas en su propio núcleo ritual. Esto no significa que las profesiones estén preparadas para abolirse a sí mismas (aunque algunos sociólogos radicales, incluso yo mismo, hemos hecho a veces sugerencias en esta dirección). Después de todo, es en la base del enclave académico, el núcleo de autogeneración profesional (y de protección de los recursos materiales para llevar adelante estas actividades intelectuales) que estas críticas se han montado. Los profesionales sofisticados actualmente pueden hablar autocríticamente, pero lo hacen como parte de sus actividades profesionales. Se socavan a sí mismos solo en términos de confianza y legitimación subjetiva, no en sus salarios y condiciones autónomas de trabajo. Y dado que esta autocrítica profesional está entre los tópicos más esotéricos en la cultura de las profesiones, está todavía bien protegida de la conciencia de los outsiders. (Collins, 1990, p. 41).

El análisis de Collins, al igual que el Freidson, Wolinsky y tantos otros, termina en potencial. Solo el futuro proporcionará respuestas definitivas a los interrogantes planteados hasta ahora en términos fundamentalmente especulativos. La historia de las profesiones no ha permitido construir leyes de desarrollo, lo imprevisible parece haber sido la regla en las situaciones de crisis.

La incorporación de la perspectiva de Klein (1993) me parece particularmente adecuada, pese a las objeciones que podrían plantearse en torno a algunas inconsistencias

en su desarrollo, en primer lugar porque nos brinda una perspectiva que amplía el panorama más allá del recorte basado predominantemente en la experiencia estadounidense que siguen la mayor parte de los analistas en el campo; en segundo término, porque enfatiza las variables asociadas al sistema político, abriendo de ese modo un enfoque cercano a la perspectivas institucionalistas.

Klein construye su argumento afirmando que los estudios enfocados sobre diferentes países sugieren que las variables políticas tienen importancia considerable para explicar el rol de la profesión médica en las decisiones sobre la política de atención de salud. El rol profesional se definiría en función del sistema político y podría variar a lo largo del tiempo y en la medida en que cambian sus circunstancias.

Esto implica negar que la monopolización de la pericia garantice por sí misma la consolidación de poder en la arena política; también sería riesgoso, a su criterio, suponer que debe existir un vínculo lógico entre los niveles de poder político en manos de las profesiones y la autonomía profesional.

Para avanzar en su hipótesis, Klein propone considerar la relación entre Estado y profesión como un proceso que sería en parte dependiente de los recursos que cada una de las partes controla y de la trama institucional en la que tales recursos son utilizados. Un punto de partida puede ser la distinción entre intereses difusos y concentrados.

En el caso de EEUU se verificaría una situación de profesión concentrada y Estado difuso. Un caso diferente sería el de Gran Bretaña, donde una profesión concentrada se enfrenta a un Estado de similares características. Un tercer modelo sería el conformado por Francia, donde una profesión difusa se vincula a un Estado concentrado. En este caso las relaciones entre Estado y profesión no parecen institucionalizadas en arreglos cuasicorporativos; por el contrario, Francia proveería un ejemplo de la importancia del predominio de una filosofía pública. La capacidad de la profesión médica francesa para defender su autonomía ha sido mayor de lo que podría esperarse de su vinculación con un Estado poderoso.

Finalmente, podría señalarse un cuarto modelo para el caso de Grecia, donde una profesión médica difusa trata con un Estado también difuso, construyendo condiciones favorables para definiciones políticas poco coherentes.

La siguiente cuestión a considerar sería la posibilidad de utilizar esa tipología para considerar los cambios a largo del tiempo en relación a la influencia de la profesión médica sobre la definición de políticas públicas. En este punto el análisis de Klein se debilita, reduciéndose a la enumeración de situaciones particulares que no logra integrar en las categorías previamente establecidas.

La evidencia disponible a nivel internacional pareciera señalar una creciente afirmación del poder del Estado en un período de aumento de los costos de atención médica y capacidad de financiamiento disminuida. Los casos de Australia, Canadá y Gran Bretaña permiten sostener el argumento de una deteriorada capacidad de la profesión para modelar la política de atención médica. También en Nueva Zelanda se registrarían intentos de fortalecer el rol de la gestión, limitando por consiguiente el alcance de la autonomía de los profesionales.

Si se elige una perspectiva más cercana a las decisiones sobre prioridades y políticas específicas (*policy*) sería posible considerar la emergencia de un paradigma muy diferente al modelo biomédico dominante. Se estaría gestando un desafío a la distribución de recursos existente en el interior de los sistemas de atención médica, amenazando en particular la jerarquía de prestigio entre las especialidades médicas. El caso de los *general practitioners* con responsabilidad sobre la administración de un presupuesto en el Reino Unido constituiría un ejemplo paradigmático.

Del mismo modo, en diferentes países se registra un énfasis creciente sobre la atención médica primaria, que podría tener consecuencias importantes en la distribución de recursos, poder y prestigio en el interior del sistema de servicios. La creciente *feminización* de la profesión médica podría tener efectos similares, particularmente en aquellos lugares como los países escandinavos, donde diferentes sectores de la atención médica están caracterizados por la dominancia de un género en particular.

Otro de los posibles desafíos al poder de la profesión radicaría, en los términos de Klein, en que el paradigma médico se encuentra bajo la amenaza del paradigma económico. No solo se verifica una presencia creciente de los economistas en los debates sobre atención médica; más significativo aún, los economistas atacan directamente el reclamo de monopolio del conocimiento de expertos por parte de la profesión médica y en esos términos están logrando progresos. El énfasis no se ubica en quién está en mejores condiciones de identificar y resolver las necesidades de los pacientes individuales; el argumento de los economistas se basa en la necesidad de subordinar esas necesidades a consideraciones más amplias: en lugar de buscar la maximización de la salud de los pacientes individualmente considerados, la política pública debe orientarse a maximizar la salud de una determinada población. En consecuencia, desafían a la profesión médica a demostrar la eficiencia y efectividad de sus actividades.

Sin embargo, la mayor cantidad de evidencia dirigida a sostener estos procesos, advierte Klein, proviene de los países anglosajones. A ella se contraponen los procesos verificados en la Europa del Este tras la caída de los regímenes comunistas. Para ejemplificar este tipo de situaciones utiliza la experiencia checa, particularmente interesante a su criterio, ya que la profesión médica —al amparo de la introducción de un régimen pluralista— modificó su anterior posición de criatura del Estado y del Partido para asumir la posición dominante que habría caracterizado en términos históricos los procesos de profesionalización en EEUU y el Reino Unido.

La recomendación final de este investigador se orienta en torno de la necesidad de analizar los diferentes significados de algunos conceptos utilizados para el análisis en diferentes contextos. La significación de expresiones como *sistemas orientados hacia el comprador* o *modelos corporativos* puede ser muy diferente conforme al desarrollo institucional y la estructura organizativa de los servicios de atención médica. Mucho puede depender, por ejemplo, de quién tiene a su cargo la función de compra, y de cómo se financian tales compras. Considera particularmente enriquecedora la posibilidad de analizar las estrategias de compra y los efectos sobre la autonomía médica de diferentes tipos de compradores: fondos de seguro alemanes,

consejos de condado suecos, aseguradores estadounidenses, y las nuevas autoridades de salud en el Reino Unido.

Por último, dedicaré algún espacio a volver sobre los aportes de Rueschemeyer. Como ya adelanté, en su lectura emerge como cuestión teórica central en la investigación sobre profesiones el análisis del control social de los servicios de expertos, sus diferentes formas institucionales y sus condiciones estructurales. Estos interrogantes se vinculan al rol del conocimiento en diferentes momentos históricos y a partir de diferentes formas de organización social.

Sus reflexiones constituyen de ese modo una buena estrategia de cierre para este capítulo, ya que la pregunta sobre el control puede traducirse, en la trama de cuestiones propuestas para este trabajo, en una pregunta sobre la regulación. Ambas deberían formularse del mismo modo en la actual coyuntura. Dado el escepticismo creciente en relación con las capacidades de la medicina para definir los problemas sociales relevantes que ha incorporado a su esfera de trabajo, y para tornar compatible su solución con la satisfacción de otras necesidades sociales igualmente relevantes, ¿qué instancia de control/regulación tomará a su cargo el trabajo de este tipo particular de expertos? ¿cuáles serán los mecanismos adecuados para garantizar la utilización del conocimiento acumulado conforme a valores y prioridades sociales establecidas por fuera de su jurisdicción?

La primera conclusión de Reschemeyer sobre lo que denomina el *dilema del control*, es que el carácter del conocimiento de expertos, su reconocimiento como prácticamente útil y su distribución diferencial, así como los intereses y consideraciones normativas comprometidas en los problemas a los cuales su pericia se aplica, son variables en términos históricos y, por consiguiente, no se vinculan con ninguna condición particular asociada a su práctica.

En la búsqueda de los condicionantes de diferentes formas institucionales para la utilización social del conocimiento de expertos, prefiere enfatizar el rol del poder político de diferentes grupos de expertos y profundizar el análisis de las condiciones de emergencia de ese poder. Para ello propone la identificación de tres niveles de análisis: en primer lugar, habría que dar cuenta de la estructura fundamental de la división del trabajo y sus cambios; relacionadas con dicha estructura en formas que sería necesario explorar, requerirían consideración en segundo término las cambiantes estructuras de la organización del Estado; y, en tercer lugar, los desarrollos y continuidades culturales.

## Algunas precisiones provisorias

No es mi intención en este momento hacer un balance de los avances de la sociología de las profesiones, por el contrario, como señalé al comienzo de este capítulo, mi interés radica en recuperar algunos de sus aportes como insumos para el análisis de los actuales cambios en los sistemas de servicios de salud y el posible lugar de la profesión médica en su definición futura.



Sin embargo, si la idea es avanzar en términos conceptuales y metodológicos, el balance resulta ineludible, aunque se limite, como será en este caso, a algunas consideraciones de orden muy general.

La consideración de base sería que, al menos en el nivel de los trabajos incorporados en esta síntesis, podría afirmarse que la sociología de las profesiones no ha logrado construir su objeto. Las múltiples lecturas —relativamente complementarias, relativamente contrapuestas— de fenómenos empírica e históricamente definidos en términos similares, no constituyen en mi opinión un debate sobre el objeto, sólo incorporan insumos para su construcción, alertando sobre sus múltiples dimensiones y sobre la posibilidad abierta de utilizar diferentes disciplinas y cuerpos teóricos que pueden contribuir a su delimitación.

Los límites más evidentes en la formulación de un problema de conocimiento vinculado al lugar de la medicina en las respuestas socialmente organizadas para responder a las necesidades de salud/enfermedad/atención en muy diferentes contextos, serían a mi criterio de dos tipos: el primero se vincula a la utilización de encuadres teóricos excesivamente generales; el segundo en una excesiva focalización sobre el objeto, que no integra sus vinculaciones con la realidad social en la que ese objeto se inscribe.

El primer límite se hace evidente, espero, en algunos momentos de la síntesis propuesta en este capítulo. Los referentes teóricos son fácilmente reconocibles, incluso son reconocidos por cada uno de los analistas, que en algunos casos se apoyan en su autoridad o dan por sentado que formulaciones generales de nivel macro pueden aplicarse en forma directa, sin la incorporación de las necesarias mediaciones, a procesos sociales de nivel meso y micro. Tales referentes se asocian a las grandes figuras del pensamiento económico y social: Marx, Weber, Durkheim, Foucault, excepcionalmente Bourdieu, o Giddens. Los aportes que podrían obtenerse de estos importantes cuerpos de pensamiento no son de ningún modo desdeñables, sin embargo, en muy contadas ocasiones se los utiliza para construir el objeto de estudio en términos de problema de conocimiento; en general se los aplica mecánicamente a un objeto que se considera preexistente, abstraído de una o múltiples realidades, en función de una identificación excesiva entre lo real y el pensamiento que pretende conocerlo.

El segundo límite radica, a mi criterio, en una preocupación centrada excesivamente en uno de los elementos de un problema que al mismo tiempo es definido como complejo y situado en una encrucijada donde se verifican múltiples interacciones. Si el abordaje es político, no puede considerarse que el único (o el principal) antagonista es el Estado; si es económico no es posible reducirlo a los términos de la relación médico/paciente o a la puja intraprofesional por la distribución de los recursos existentes en el sector; si es macro no puede limitarse al cumplimiento de posibles leyes de desarrollo capitalista; si es institucional no puede ser ahistórico, ni abordar las instituciones como dadas sin reconocer la lucha constante que se desarrolla tanto en su interior como a nivel interinstitucional por la definición de nuevas reglas de juego; si hace referencia a construcción de posiciones de poder por parte de grupos sociales no puede limitarse al análisis del proceso constitutivo de uno de

estos grupos. Pienso que sería indispensable, aquí, incorporar de manera sustantiva algo que sólo aparece esbozado en algunos enfoques: la perspectiva relacional, que ubicaría a la medicina en el interior de sistemas complejos y verificaría sus relaciones con otros actores, develaría las tramas institucionales que ordenan sus conflictos, compromisos, alianzas y competencia tanto dentro como fuera del sistema de servicios de atención médica.

Tales consideraciones no implican la descalificación del campo, ni niegan la posibilidad de utilizar sus aportes en una perspectiva integradora de la problemática de los servicios de atención médica. En función de mis objetivos particulares en este trabajo, las contribuciones más estimulantes son aquellas preocupadas por dilucidar los mecanismos de regulación/control, tanto en manos de la profesión médica a través de sus prerrogativas sobre su propia práctica y el sistema de servicios en el que se inserta, como de otras organizaciones sociales y políticas, incluyendo al Estado, sobre el mismo campo de práctica. Los aportes en este caso no se limitan a aquellas formulaciones que influyen específicamente sobre esta problemática; también las referencias a procesos históricos, a construcción de instituciones, a perspectivas nacionales o regionales, a inserción en sistemas políticos, a delimitación de sistemas simbólicos y semánticos o constitución de referentes identificatorios, permiten vislumbrar posibles caminos para un trabajo futuro de reconstrucción de un campo problematizado de reflexión sobre nuestros sistemas de servicios.

## Capítulo 3

# Concepción y práctica del *managed care* en EEUU

### Introducción

El mercado de seguro de salud en EEUU se ha caracterizado en la última década por una significativa expansión de los planes de *managed care*. El principal elemento de diferenciación entre este tipo de cobertura y el seguro tradicional, basado en el reembolso del gasto en atención médica efectuado por el beneficiario de una póliza, radica en la existencia de algún tipo de vínculo contractual entre el tercer pagador y el proveedor del servicio, que permite al primero introducir mecanismos de gestión de la atención médica orientados a contener el alza de su costo.

La utilización del *managed care* como forma de organización de la cobertura de atención médica se asocia en general con las HMO (*health maintenance organizations*), que protagonizaron el primer intento del gobierno federal estadounidense de contener el creciente gasto de atención médica, en la década de 1970, bajo la presidencia de Richard Nixon. Desde este punto de vista constituye decididamente un ejemplo de estrategia de introducción de nuevas reglas de juego en las organizaciones de atención médica.

La expresión HMO, que originalmente fue utilizada para describir una modalidad específica de organización: la práctica de grupo prepaga (*prepaid group practice*, PGP), fue luego ampliando su significación hasta incluir una notable variedad de formas organizativas, incluyendo operadores de seguro de salud tradicionales (Enthoven, 1997).

Una primera definición —que luego se irá precisando y sistematizando— de este concepto general puede referir al compromiso tomado por un asegurador privado para cubrir una gama amplia de servicios de atención médica: ambulatorio, internación, laboratorio, prácticas de diagnóstico por imágenes y medicamentos prescritos por un agente autorizado. El responsable de la cobertura contrata con el empleador o el suscriptor individual sobre la base de un pago capitado mensual; asegura por consiguiente la provisión de toda la atención médica que el beneficiario requiera a cambio de un pago preestablecido por persona, realizado por adelantado y con independencia de la utilización de servicios. (Enthoven, 1997). De ese modo, la HMO asume el riesgo completo del costo de la atención médica en relación con el beneficiario, pero en general comparte este riesgo con los proveedores de atención

en forma implícita o explícita. Un acuerdo explícito de riesgo compartido puede basarse en un contrato con un grupo médico para proveer todos los servicios profesionales que el beneficiario requiera a partir de un pago *per cápita* convenido. Un acuerdo implícito puede consistir en un convenio de remuneración de la atención proporcionada sobre una base de honorario por servicio que podría estar sujeto a descuento según resultados financieros. En este caso la HMO practica un seguimiento de los costos por paciente de cada médico, ajustados por edad, sexo, y en algunos casos, diagnóstico. El crecimiento de este tipo de cobertura de atención médica en las últimas décadas se sintetiza en la Tabla 1.

También en América Latina esta modalidad de organización de la cobertura de

**Tabla 1. Crecimiento de las *health maintenance organizations* (HMO). Empresas nacionales y locales.**

	Número de HMO			Número de beneficiarios (en millones)		
	1978	1985	1995	1978	1985	1995
HMO de base local	183	298	192	3,7	10,1	11,0
HMO nacionales	12	187	385	3,6	10,9	42,7
Total	195	485	577	7,3	2,0	53,8

Fuente: Enthoven (1997).  
HMO= *Health maintenance organizations*.

atención médica ha tenido una expansión importante en los últimos años. Un trabajo reciente (Medici *et al.*, 1997) señala que los programas de *managed care* están creciendo en la región en un importante número de países, específicamente Argentina, Costa Rica, Colombia, Chile, Uruguay y Brasil. Por su parte, Frenk & Gómez-Dantés (1998) informan sobre las posibilidades de su expansión en México.

Medici y colaboradores consideran que, si bien la aplicación de los mecanismos de *managed care* a las instituciones de financiación y provisión de atención médica en estos países ha tenido en cada uno de ellos rasgos particulares, existen algunas características comunes que justifican su identificación como tales. Estas serían:

- a) algún grado de integración entre responsabilidad financiera y provisión de servicios de atención médica destinados a cubrir a individuos;
- b) la utilización, en reemplazo del honorario por servicio, de técnicas tales como el prepago capitado a los proveedores, que supone colocar sobre ellos el riesgo económico por los servicios proporcionados;
- c) en los programas mejor desarrollados, la incorporación de mecanismos de *utilization review* y gestión de control de calidad, para contener costos y asegurar la calidad de la atención.

Si separamos las motivaciones asignadas al ítem c. y aceptamos que la utilización de técnicas basadas en la informática pueda estar dirigida exclusivamente a la contención del gasto, sin énfasis particular en la calidad, la enumeración de rasgos permite incluir en el listado de ejemplos de este tipo de modalidades de cobertura los contratos de riesgo firmados entre obras sociales y diferentes organizaciones de proveedores de atención médica en la Argentina.

En este caso, los rasgos similares se amplían:

- a) el pago capitado;
- b) la conformación de una red o listado preestablecido de proveedores limitando o excluyendo la posibilidad de libre elección;
- c) la utilización de incentivos a través de las formas de pago;
- d) el establecimiento de normas de práctica, la auditoría *ex-ante* o la revisión de utilización practicada *ex-post* con el objeto de estimular en cada proveedor: a. una conducta prescriptiva orientada a limitar la cantidad de servicios provistos y b. el desarrollo de una conciencia de costos;
- e) la introducción de modalidades de médico generalista o de familia con rol de *gatekeeper*.

En alguna bibliografía dedicada al análisis de cambios posibles y/ o deseables en la gestión de las instituciones del sector salud, la introducción de modalidades de *managed care* se identifica con la penetración de las propuestas neoliberales de privatización del sector e introducción de incentivos destinados a lograr una mayor eficiencia asignativa y técnica de las prácticas de atención médica, que están fundamentalmente orientados por lógicas de mercado. En esta lectura, las modalidades de *managed care* conducirían a incrementar la estratificación del acceso a la atención médica y profundizar la inequidad preexistente en nuestros sistemas de servicios.

Tales señales de alerta, sin embargo, no están en general fundadas en análisis cuidadosos de la evolución de esas experiencias en su lugar de origen, los EEUU. También se ignora, en general, en este debate, la propuesta más compleja elaborada por Alain Enthoven que propone la utilización de formas de *managed care* para asegurar una mayor transparencia en la gestión de los servicios y garantizar una competencia informada entre financiadores y entre proveedores de atención médica fundada en la producción, difusión y utilización de registros de desempeño de diferentes planes de seguro y sistemas de provisión, conocida en general bajo la expresión *managed competition*. Conforme a las intenciones más generales de este trabajo la elaboración de Enthoven puede leerse como uno de los caminos posibles para construir instituciones preocupadas por la mejora de eficiencia y calidad en el interior de los sistemas de salud.

El objetivo de este capítulo es abordar el tema dejando de lado cualquier toma de posición en favor o en contra de estas modalidades de gestión. Con ese objeto exploraré la experiencia estadounidense, para ofrecer un mejor conocimiento de sus logros y limitaciones y de ese modo facilitar un análisis mejor fundamentado de las posibilidades y riesgos de su incorporación a las instituciones de salud argentinas.

Partiré de una caracterización somera de la situación actual de las organizaciones de *managed care* en los EEUU, retrocederé luego a sus orígenes, asociados a la experiencia de las prácticas de grupo prepagas y las cooperativas de atención médica que surgen en torno de la década de 1930, me ocuparé de los referentes conceptuales sobre los que se fundamenta la real o supuesta mayor eficiencia que sus promotores le asignan, y procuraré sistematizar la situación presente.

## Antecedentes cercanos y modalidades en vigencia

La expansión de los sistemas de *managed care* en los EEUU se verifica en el interior de dos procesos relativamente convergentes que dominan las últimas décadas. En primer lugar, una corriente de concentración de los sistemas de financiación y provisión de servicios en grandes organizaciones empresarias; en segundo término, la preocupación generalizada por el incremento incontenible de los costos de la atención médica.

En ese marco, las primeras organizaciones de *managed care*, reconocidas por las siglas HMO y PPO (Health Maintenance Organizations y Preferred Provider Organizations), fueron originalmente consideradas como sistemas alternativos de provisión de atención médica (Alternative Delivery Systems, ADSs). La denominación se utilizó para diferenciarlos de las formas tradicionales de comprar y vender esos servicios en ese momento dominantes, que se basaban en el seguro brindado por empresas sin vinculación directa con las organizaciones proveedoras, que remuneraban la atención brindada a sus asegurados a través del mecanismo de honorario por servicio (identificados por la literatura como sistemas *at arm's length*)<sup>1</sup>. En 1985 un analista del sector pronosticaba en estos términos los cambios que, según su perspectiva, caracterizarían la reestructuración de la atención médica estadounidense en las siguientes décadas:

...la industria de salud continuará consolidándose y diversificándose. Dentro de las próximas dos décadas la provisión de atención médica estará dominada por alrededor de veinte “Super-Meds”, grandes corporaciones nacionales y regionales que combinen servicios hospitalarios, médicos y de seguro para proporcionar atención integral a precios competitivos. En el centro de cada una de estas “Super-Meds” habrá un ADS actuando para asegurar pacientes y canalizarlos hacia los otros componentes del sistema integrado. De muchas maneras, estos ADSs se parecerán a los antiguos modelos de práctica de grupo —la vieja práctica de grupo de multi especialidades de la centenaria Clínica Mayo y la práctica prepaga de grupo de *Kaiser* con cincuenta años de experiencia—. “Super-Meds” manejarán atención médica seleccionando

---

<sup>1</sup> La expresión *at arm's length*, muy utilizada en la bibliografía estadounidense para expresar el tipo de relaciones existentes entre aseguradores y proveedores en el modelo de seguro tradicional, es de difícil traducción al castellano. El concepto que expresa remite a transacciones en las que no hay vínculos contractuales o acuerdos que limiten la conducta del proveedor.

a los mejores médicos, articulando médicos y población y controlando la utilización de recursos: requerirán alrededor de 1,9 camas hospitalarias y 1,2 médicos por cada 1.000 personas de las cuales sean responsables.

[...] Algunas diferencias significativas están emergiendo, sin embargo. Las nuevas "Super-Meds" tienden a dispersar sus médicos a través de la comunidad; a vincular médicos independientes y ponerlos a funcionar como grupos económicos, a ser flexibles sobre modalidades de pago. Hacen un uso extensivo de satélites, pequeños grupos de atención primaria de cuatro o cinco médicos, vinculados a una práctica de grupo central más que a grupos individuales; mezclan seguros remunerados con honorario por servicio, prepago y de proveedor preferido.

[...] Los grandes sistemas que están emergiendo tienen enormes oportunidades. En la medida en que se transformen en la principal corriente de atención médica en los EEUU tendrán acceso a información sobre miles de médicos diagnosticando y tratando millones de personas. Esta información les proporcionará oportunidades sin precedente para desarrollar sistemas superiores de gestión y evaluación de calidad. Si en algún momento fueron desafiados por la calidad de atención, los ADS estarán pronto en mejor posición para definir calidad y establecer estándares para la práctica de la medicina. (Ellwood, 1985, pp. 50-51).

Es difícil evaluar el nivel de cumplimiento de esa profecía. Pero en sus términos se contienen algunas de las novedades introducidas por los sistemas de *managed care* que están comenzando a generalizarse tanto dentro como fuera de los EEUU: la combinación de diferentes métodos de pago, la posibilidad de supervisar la práctica de los profesionales con el fin de aplicar instrumentos de gestión, la conformación de redes de servicios descentralizadas con clínicas de atención primaria vinculadas a instalaciones de mayor complejidad, y particularmente, *el surgimiento de oportunidades sin precedente para desarrollar sistemas superiores de gestión y evaluación de calidad.*

¿Se han hecho efectivas las promesas implícitas en tales desarrollos? ¿En caso de que no haya sido así, siguen existiendo como potencialidades? ¿Qué condiciones han trabado o distorsionado los resultados de su aplicación? La obtención de algunas respuestas para estos interrogantes estimula un abordaje histórico de estas organizaciones y las coordinadas políticas que encuadraron su crecimiento. Previamente intentaré aclarar en lo posible la terminología referida a las modalidades de organización contemporáneas.

## *Organizaciones y planes managed care*

Construir una tipología de formas de organización de *managed care* es una tarea problemática ya que obliga a dar cuenta de la evolución de esta forma institucional desde una modalidad de integración de las funciones de financiamiento y provisión de servicios en una sola organización, propia de los primeras prácticas de grupo prepagas, hasta llegar a la situación actual donde una organización puede ofrecer diferentes opciones en planes de cobertura, que a su vez se diferencian de los tradicionales por



algún tipo de vinculación entre financiadores y proveedores con incorporación de incentivos o controles para evitar el gasto innecesario. Por otro lado, cada uno de los tipos identificables presenta características específicas tanto en la relación entre financiación y provisión de servicios como en las posibilidades de opción disponibles para los beneficiarios.

La modalidad organizativa que más se diferencia del esquema tradicional de seguro es la HMO propiamente dicha. La designación HMO fue utilizada en la década de 1970 para describir la práctica de grupo prepaga, cuyo principal ejemplo fue Kaiser Permanente. Posteriormente, se desarrollaron una variedad de modelos HMO, plausiblemente a medida que el crecimiento de ese mercado estimuló la emergencia de formas innovadoras para la oferta de cobertura de atención médica.

Las primeras organizaciones de este tipo incluían las prácticas de grupo prepaga y el modelo *staff*. Las prácticas de grupo se organizan en torno de un grupo médico que ofrece una cobertura prepaga para la provisión de atención médica a un listado de beneficiarios. El grupo médico asume el riesgo derivado de esa atención y generalmente recompensa a sus miembros si se cumplen las metas propuestas en la gestión de costos. En el modelo *staff*, los médicos se desempeñan como empleados asalariados de la HMO.

Estos dos tipos de organización constituyen la base del modelo de práctica prepaga. Como veremos al analizar la evolución histórica del concepto, conformaron intentos exitosos de organizar sistemas completos de atención integral. Sus médicos atienden exclusivamente pacientes enrolados en su plan de seguro, generalmente en instalaciones propias o alquiladas por la HMO.

Una segunda categoría de HMO incluye los modelos de red y asociación de práctica independiente (Independent Practice Association, IPA). En este caso la HMO contrata con proveedores independientes, que suelen desarrollar su práctica en sus propios consultorios e instalaciones, y reciben también pacientes de planes basados en honorarios por servicio, Medicare, Medicaid, o sin cobertura. Los grupos médicos son remunerados sobre una base *per cápita* para brindar servicios profesionales, a partir de contratos con incentivos para una utilización eficiente de las derivaciones al segundo nivel y en particular la atención en internación. Un contrato típico incluye un pago mensual preestablecido por cada beneficiario de la HMO más un acuerdo de riesgo compartido para los costos hospitalarios.

La tendencia en estos modelos es hacia sistemas de atención más integrados. La IPA original solía estar organizada por las sociedades médicas de cada condado, incluyendo a todos los médicos locales dispuestos a participar. En la actualidad existen mecanismos de selección y control más estrictos, que luego analizaré.

Una tercera categoría de HMO está surgiendo en los EEUU es la *organización médicohospitalaria* (o PHO, Physician Hospital Organization). En estos casos un hospital o un grupo de hospitales conforma un equipo con su personal médico para ofrecer a suscriptores servicios integrales de salud sobre una base capitada (Federa & Camp, 1994; Enthoven, 1997).

La modalidad originaria típica de HMO limitaba las posibilidades de elección por parte de los beneficiarios en función de la existencia de un grupo cerrado de

proveedores y la utilización de un profesional de atención primaria con rol de *gatekeeper* como puerta de entrada al sistema. También tenía como regla el pago capitado a los profesionales. Estas modalidades se han flexibilizado paulatinamente y en el caso de los planes de proveedor exclusivo (Exclusive Provider Organization, EPO), se conserva la organización básica de HMO con *gatekeeper*, panel cerrado de proveedores y sistemas de reembolso con incentivos para controlar costos, pero el pago a los profesionales se hace a través del sistema de honorarios por servicio con descuento.

Del mismo modo, como una forma de ampliar las posibilidades de elección de proveedores por parte de los beneficiarios de planes de *managed care*, en forma relativamente temprana se desarrolló la organización de proveedor preferido (Preferred Provider Organization, PPO). Esta modalidad organizativa puede considerarse como una forma de transición entre la libre elección de profesional que ofrece el seguro tradicional y la organización con listado cerrado de proveedores típica de las HMO. Aunque nacieron como organizaciones de atención médica, en la actualidad suelen constituir un tipo de plan ofrecido por compañías de seguro.

En este tipo de plan el financiador contrata con un cierto número de médicos, hospitales, laboratorios, agencias de atención a domicilio, etcétera, y ofrece incentivos para que los beneficiarios acudan a los proveedores bajo contrato. La modalidad más común es que la organización financiadora pague totalmente el costo de los servicios brindados por los proveedores contratados, pero solo el 80% de lo que hubiera pagado a tales proveedores en caso de que el beneficiario acuda a un profesional fuera de ese listado. En este caso, la diferencia queda a cargo del paciente. En los planes de proveedor preferido, por consiguiente, existen incentivos económicos para estimular a los beneficiarios a utilizar un panel cerrado de proveedores sin que exista la figura del *gatekeeper*.

Desde el punto de vista de los proveedores de atención, el plan de proveedor preferido puede servir también como mecanismo de transición desde la remuneración con honorario por servicio al sistema de pagos capitados. Un grupo de médicos puede comenzar con un contrato de honorario por servicio con descuento, adquirir experiencia sobre la cual basar un pago *per cápita*, y luego eventualmente converger hacia esta modalidad de remuneración (Enthoven, 1997).

Una última innovación organizativa destinada a ampliar las posibilidades de elección de los beneficiarios es el plan denominado Point Of Service (POS). En este caso se brinda al beneficiario la posibilidad de acudir a proveedores de mayor prestigio o excelencia cuando se encuentra gravemente enfermo o aspira a una mayor precisión diagnóstica. Este tipo de plan funciona como una HMO —incluyendo la presencia de *gatekeeper*— para aquellos que desean permanecer con el grupo médico que han elegido, pero permite dos opciones adicionales: a) cambiar por un plan PPO, a partir del pago de un deducible (en general los primeros varios cientos de dólares de gasto) y un porcentaje de cada factura médica; y b) cambiar a un plan de seguro tradicional con algún importante desincentivo financiero (Iglehart, 1992; Enthoven, 1997).

El plan POS, por consiguiente, ofrece a la persona cubierta un rango completo de elección de proveedor, conservando términos financieros más favorables si

permanece en el grupo de atención primaria previamente seleccionado. Este *product* en el interior de la gama del *managed care* ha tenido amplia aceptación. La mayoría de las personas que lo adopta utilizan su grupo de atención primaria para más del 90% de los servicios utilizados. La opción comenzó a ofrecerse a mediados de la década de 1980. En marzo de 1987, once HMO informaron un enrolamiento en planes Point of Service de aproximadamente 400.000 beneficiarios. En julio de 1995, 318 HMO atendían más de cinco millones de enrolados en esta modalidad de cobertura (Enthoven, 1997).

La distribución de los beneficiarios entre los diferentes planes y su evolución entre 1987 y 1990 se muestra en la Tabla 2.

**Tabla 2. Distribución porcentual de beneficiarios entre diferentes tipos de planes de salud.**

Tipos de planes	1978	1985	1995	1990
Planes tradicionales con honorario por servicio	41	28	18	5
<i>Managed care</i>	59	72	82	95
<i>Managed HPS*</i>	32	43	49	57
HMO	16	18	17	20
PPO	11	11	16	13
POS	s/d	s/d	s/d	5

Fuente: Iglehart (1992).  
 \*Incluye planes tradicionales con remuneración de honorario por servicio que utilizan monitoreo de utilización o revisión como componente para reducir la atención innecesaria o inadecuada.  
 HMO= *Health maintenance organizations*  
 PPO= *Preferred Provider Organizations*  
 POS= *Point of services*

El concepto que vincula a este abigarrado conjunto de organizaciones de provisión de servicios y modalidades de cobertura es precisamente la idea que expresa su denominación: *managed care*/atención gerenciada. A lo largo de este capítulo los contenidos del concepto se irán precisando y complejizando, pero existen algunos mecanismos básicos que pueden adelantarse. El gerenciamiento o la gestión de la atención médica tiene como fundamento el control de costos a partir de las prácticas de riesgo compartido entre financiadores y proveedores y el desarrollo de una conciencia de costos en proveedores y pacientes. Tras ese objetivo se seleccionan profesionales en función de determinados estilos de práctica, o bien los profesionales bajo contrato son monitoreados para verificar sus hábitos de prescripción. Se incluyen en las remuneraciones determinados incentivos para promover la utilización de intervenciones costo-efectivas o realizar las prácticas indicadas en el nivel de menor

complejidad disponible. Se monitorea la utilización de servicios y/o se introducen barreras al acceso de las especialidades y prácticas de mayor complejidad a través de médicos con rol de *gatekeeper* o exigencias de autorización previa para determinadas intervenciones.

## Los orígenes

En la lectura de algunos analistas, la decisión de promover las organizaciones HMO en los EEUU fue contemporánea al desaliento que marcó en la década de 1970 el retroceso de la propuesta de implementación de un seguro nacional. La utopía de un sistema públicamente administrado que garantizara la cobertura universal había aparecido en diferentes oportunidades en la agenda de los demócratas y tuvo un último momento de emergencia en esa década con las propuestas de Edward Kennedy y Wilbur Mills. La idea de una reforma en ese sentido, sin embargo, desaparecería de la agenda política estadounidense a fines de la década de 1970, momento en que comienza a prevalecer la confianza en la promoción de la competencia en los mercados de atención médica como estrategia de control del gasto (Peterson, 1994).

Entre los factores que estimularon la promoción de las HMO por parte del gobierno federal tuvo sin duda un lugar destacado la crisis financiera del sistema de atención médica que se hace evidente a fin de la década de 1960 y comienzos de la década de 1970. El presidente Nixon habla en 1969 de una crisis masiva, el *Businessweek* publica una nota de tapa mencionando una crisis de sesenta mil millones de dólares, *Fortune* considera que la medicina americana está al borde de la crisis. Corporaciones, sindicatos, compañías de seguro y grupos de consumidores se unen a los políticos en la demanda por soluciones (Morone, 1994). En ese contexto Nixon propone al Congreso la sanción de una ley de promoción de las Health Maintenance Organizations.

En la interpretación de Starr (1982) la política de atención médica de la década de 1970 sería un caso paradigmático de asimilación por parte de los conservadores de la necesidad de reforma del sistema de atención médica y su subsecuente repudio por los mismos conservadores. Los funcionarios del Department of Health, Education and Welfare rechazaban la idea de una organización que estuviera estrechamente regulada por el gobierno federal. El atractivo de una *estrategia de mantenimiento de la salud*, como se la denominó, residía en que se trataba de un estímulo a la iniciativa privada y no demandaría una nueva burocracia gubernamental y mayor gasto público. En la propuesta preparada por Paul Ellwood se identifica la opción elegida para la política de atención médica ubicándola en un espacio intermedio entre “una industria de mantenimiento de la salud que esté ampliamente autoregulada” y “una continua o incrementada intervención federal a través de regulación, inversión y planeamiento” (Starr, 1982, p. 395).

La base organizativa propuesta para las HMO se fundaba en conceptos que evolucionaron en la atención médica estadounidense durante más de 50 años. En las

primeras experiencias de prácticas de grupo prepagas (*prepaid group practice*, PGP), los grupos de médicos que atendían a los miembros de un plan de seguro de este tipo proporcionaban servicios médicos integrales por una prima mensual fija. Dado que las primas eran las mismas para todos los miembros, aquellos más saludables subsidiaban la atención de los enfermos. Difundidos por los movimientos de consumidores y organizaciones laborales, tales planes enfrentaron durante décadas una fuerte oposición de la medicina organizada y operaron como islas dentro del sistema generalizado de cobertura con reembolso a partir de honorario por servicio (Iglehart, 1992).

Starr historiza algunas de las primeras formas de organización prepaga, identificando en sus orígenes iniciativas de protección laboral y propuestas de organización de cooperativas de consumo. En 1929, la Clínica RossLoos comienza a proporcionar atención médica a los empleados del Departamento de Agua y Energía de Los Ángeles sobre una base prepaga. El plan tenía características poco comunes, ya que proporcionaba atención médica e internación hospitalaria. Hacia 1935 tenía como beneficiarios a 37.000 empleados y sus dependientes, cada uno pagando dos dólares por mes por una lista predeterminada de servicios. En esa misma fecha, 1929, un médico de Oklahoma, Michael Shadid, puso en marcha un intento de reforma de la atención médica sobre una base prepaga, integral, organizando en Elk City la primera *cooperativa médica*, con la intención declarada de proporcionar a la medicina nuevos y más democráticos fundamentos. La iniciativa se basó en cuatro principios: práctica de grupo, prepago, medicina preventiva y participación del consumidor (Starr, 1982). En los últimos años de la década de 1940 se fundaron más de cien cooperativas de salud rural, particularmente en Texas, que sin embargo no prosperaron, en parte por la cerrada oposición de la medicina organizada.

Otro grupo cooperativo en Puget Sound, Seattle, llega a adquirir su propio hospital y crece a lo largo de tres décadas. En la década de 1970 proporciona atención médica a 200.000 suscriptores, un quinto de la población de su área. Se trataba de una experiencia destinada a perdurar, al igual que la concretada en 1947, cuando comienza a operar el Health Insurance Plan de Nueva York, que reunía veintidós prácticas de grupo y diez años más tarde contaba con 500.000 beneficiarios.

Por su parte, Henry H. Kaiser organizará en sus empresas de la Costa Oeste el Kaiser Health Plan, que llegaría a ser la más exitosa práctica de grupo entre las que se organizaron en las décadas de 1930 y 1940. (Bodenheimer & Grumbach, 1995).

La iniciativa se remonta a 1938, cuando Sidney Garfield comienza a proporcionar servicios de atención médica a los empleados de la compañía que trabajan en su planta del estado de Washington, recibiendo como contrapartida una suma fija por empleado. En el transcurso de la Segunda Guerra, Kaiser difunde el modelo a todos sus establecimientos, y a su finalización abre la membrecía a la población general. Con lo que Starr caracteriza como un espíritu “casi misionero” (Starr, 1982, p. 322) consideraba posible reorganizar la atención médica sobre una base autosuficiente, independiente del gobierno, para proporcionar a millones de americanos servicios integrales prepagos a precios que podrían solventar.

El crecimiento del Health Insurance Plan (HIP) en Nueva York y de la organización Kaiser en California despertaron la preocupación de los médicos. Estos

nuevos planes prepagos, a diferencia de los destinados a proteger a trabajadores industriales y mineros, resultaban atractivos para la población de ingreso medio. Los métodos usuales de bloqueo utilizados por la profesión no pudieron operar contra Kaiser. Los hospitales no tuvieron oportunidad de negarle sus servicios, ya que construyó sus propias instalaciones. La Unión de Trabajadores Mineros también sobrevivió a los embates de la medicina organizada. Con un millón de beneficiarios tuvo suficiente poder de mercado para obtener la cooperación de los médicos, particularmente en las pequeñas comunidades mineras; sin embargo, prefirió organizar sus propias prácticas de grupo.

En general, los planes prepagos que lograron desarrollar sus propios servicios lograron sobrevivir mejor en un ambiente hostil. Tuvieron capacidad de crear un contexto con limitaciones, tales como una oferta predeterminada de camas hospitalarias, que influiría en las decisiones cotidianas de sus profesionales. También pudieron proporcionar incentivos para estimular a los médicos a identificarse con las necesidades de la organización y participar en la política de control de costos. Kaiser y los otros grupos tuvieron tasas de hospitalización relativamente bajas, en parte porque no tenían incentivos para hospitalizar, en parte porque pudieron influenciar a sus profesionales sin comprometer sus aspiraciones de autoridad y autonomía.

Los planes prepagos tenían diferentes formas de incorporar a los médicos a su organización. En la Group Health Cooperative de Puget Sound eran empleados, por el contrario, en el Health Insurance Plan de Nueva York estaban organizados en prácticas de grupo independientes, que eran propietarias de sus instalaciones y atendían pacientes prepagos y beneficiarios de planes con honorarios por servicio. En la organización de Kaiser los grupos médicos también estaban vinculados a través de contratos, pero los profesionales no podían atender pacientes privados y no tenían la propiedad de las instalaciones. Aunque gozaban de autonomía colectiva para juzgar su desempeño recíproco y determinar salarios y promociones, no eran tan independientes en el control de sus recursos como sus colegas neoyorquinos.

Estas tres formas organizativas tenían también diferentes modalidades de gobierno. La organización cooperativa estaba bajo el control de sus miembros (los beneficiarios del plan cooperativo), sobre la base de un voto por asociado cuando se trataba de elegir sus síndicos y tomar las decisiones importantes. En Kaiser, el poder residía en dos grandes empresas controladas por la familia y sus respectivos gerentes<sup>2</sup>. El Health Insurance Plan estaba gobernado por una junta que incluía representantes de empresarios, trabajadores, la profesión médica y el gobierno.

---

<sup>2</sup> En la actualidad, el Kaiser Permanent Medical Care Program es la mayor HMO operando a nivel nacional y está conformada por tres unidades administrativas interconectadas: 1. el Kaiser Foundation Health Plan, que cumple funciones de asegurador; 2. la Kaiser Foundation Hospitals Corporation, que es propietaria y administradora de los hospitales Kaiser, y 3. el Permanent Medical Group, organización de médicos que administra la práctica de grupo y proporciona servicios a los miembros de los planes Kaiser a través de un contrato capitado. Los puestos del directorio de la organización financiadora y la corporación de hospitales están cubiertos por las mismas personas (Bodenheimer & Grumbach, 1995).

Los sistemas que derivan de los modelos representados por los planes HIP y Kaiser y las cooperativas de consumo comparten algunos rasgos importantes:

- La financiación y provisión de servicios se integran en una sola estructura organizativa.
- La prima se destina a comprar servicios por adelantado a un particular sistema de atención.
- La atención es proporcionada por un amplio grupo de profesionales que trabajan bajo una estructura administrativa común, la *práctica de grupo*.

En la década de 1950 se desarrolla un modelo de organización alternativo para las GPG que se consolidara más tarde como Asociación de Práctica Independiente (Independent Practice Association, IPA). Constituyeron en realidad un movimiento defensivo de las asociaciones médicas, particularmente en el nivel local correspondiente al condado, frente al avance de los grupos prepagos. En 1954 los médicos del condado de San Joaquín, en California, temiendo la posible competencia de Kaiser, organizaron una nueva modalidad de práctica prepaga a través de la San Joaquín Foundation for Medical Care, que ofreció sus servicios a los empleadores a cambio de un pago capitado. La organización remuneraba luego a sus médicos sobre una base de honorario por servicio con descuento, poniendo en marcha mecanismos de *utilization review* para desalentar la provisión de servicios no justificada por las reales necesidades del paciente.

Cuando se aprobó la ley de promoción de las HMO, las IPA fueron incluidas como parte del modelo. Bodenheimer & Grumbach consideran que su difusión se relacionó con la mayor facilidad para organizarlas. Una asociación médica operando en el ámbito de un condado, un hospital o una compañía de seguros podían reclutar a los médicos que trabajaban en consultorios individuales para reunirlos en una IPA, y así colocar los fundamentos de creación de una HMO. Los profesionales continuaban atendiendo también a su tradicional clientela con seguro de honorario por servicio.

Algunas IPA introducen médicos generalistas con rol de *gatekeeper*, exigiendo a los pacientes el ingreso al sistema a través de un médico de atención primaria, que debe iniciar y coordinar la totalidad de su atención, funcionando según la lógica HMO como un mecanismo de control de costos, destinado a reducir las consultas a especialistas.

La IPA no afecta sensiblemente la organización tradicional de la práctica médica basada en el consultorio individual. Cambia solo la forma de reembolso y los patrones de referencia. Las prácticas HMO basadas en el modelo Kaiser, en cambio, no solo modifican la forma de reembolso, sino que reúnen a los médicos y otro personal de salud en prácticas de grupo, produciendo una transformación más significativa en la provisión de atención médica. La primera generación de HMO estuvo compuesta por lo general por organizaciones sin fines de lucro. La segunda generación, que adoptó el modelo IPA, tenía con más frecuencia objetivos de lucro y podía ubicarse en dependencia de una compañía de seguros.



Starr enfatiza el incentivo al control de costos que subyace en este tipo de acuerdos, colocando a los médicos en forma colectiva en riesgo por el exceso de gasto. Tras ese incentivo desarrollaron procedimientos sistemáticos de *peer review* para recortar los servicios innecesarios y regular la calidad de la atención. Ese control puede resultar más limitado que en el grupo de práctica, ya que se ejerce a distancia.

### *El proyecto Nixon de promoción de las health maintenance organizations*

Organizaciones como las descritas fueron conocidas como prácticas de grupo prepagas hasta la década de 1970. La denominación HMO surgió en estos años como parte del proyecto de reforma emprendido por la administración Nixon, cuando abrazó el concepto de práctica de grupo prepaga como política adecuada para disminuir la tasa de incremento en el gasto de atención médica. La ley respectiva, aprobada en 1973, estimuló el desarrollo de las HMO a través del otorgamiento de subsidios y créditos promocionales, garantías sobre préstamos y una disposición que obligaba a las grandes y medianas empresas que proveyeran seguro de salud a sus empleados a ofrecer al menos una HMO calificada por el gobierno federal como alternativa al seguro tradicional de honorario por servicio, siempre que una organización de ese tipo existiera en la zona donde la empresa estaba radicada (Starr, 1982).

Nixon había sido muy claro en su mensaje al Congreso en relación con los objetivos perseguidos por su proyecto:

Nuestro objetivo debe ser no simplemente financiar un sistema médico más costoso sino organizar uno más eficiente [...] En años recientes un nuevo método de provisión de servicios de salud ha obtenido creciente respeto. Este nuevo enfoque tiene dos atributos esenciales. Reúne una gama integral de servicios médicos en una sola organización, de modo que el paciente tiene asegurado el conveniente acceso a todos ellos. Y proporciona los servicios necesarios por un honorario fijo contratado que es pagado con antelación por todos los suscriptores [...] Bajo el sistema tradicional, médicos y hospitales son pagados, en efecto, sobre una base por unidad de trabajo. Cuantos más enfermos tratan —y más servicios proporcionan— más aumenta su ingreso. Un contrato de precio fijo por atención integral revierte este incentivo ilógico [...] En una HMO, en otras palabras, se estimula la conciencia de costos. (Iglehart, 1982, p. 452).

El cambio de nombre —de práctica de grupo prepaga a HMO— se entendió en parte como ruptura con el legado político del movimiento cooperativo, penetrado de tonos populistas, y como una forma de enfrentar la crítica de la medicina organizada que consideraba la práctica prepaga como una amenaza socializante. La referencia a *organizaciones de mantenimiento de la salud* sugería que se otorgaría más peso a la atención preventiva, a diferencia del énfasis en lo curativo de la práctica tradicional. (Bodenheimer & Grumbach, 1995). La crítica conservadora del modelo de atención médica adoptaría la práctica prepaga como una forma más eficiente de

administración, sustituyendo la antigua retórica de cooperación y protección mutua con una nueva de racionalización y competencia.

Nixon se vería obligado a abandonar el gobierno antes de poder verificar el fracaso de su ambiciosa meta de promover la creación, hacia 1976, de 17.000 HMO que servirían a cuarenta millones de miembros (Iglehart, 1992). Sin embargo, la expansión de esta modalidad de organización de la práctica continuaría en las décadas siguientes, en parte apoyándose en las entidades descentralizadas y sin fines de lucro consideradas en el proyecto original, en parte respondiendo al interés de inversores empresarios y otros agentes presentes en el mercado de atención médica.

### *La evolución de las health maintenance organizations en la década de 1970*

La política de apoyar financieramente la creación de entidades HMO, llevada adelante por el gobierno federal de los EEUU desde comienzos de la década de 1970, fue abandonada once años más tarde bajo la administración Reagan. En agosto de 1983 el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) otorgó el último subsidio directo para la creación de una HMO (Moore *et al.*, 1983). Aunque la filosofía de reforma a través del mercado que había estimulado la propuesta de Nixon seguía siendo dominante bajo Reagan, el escenario se había modificado sensiblemente. Las mismas HMO, a través de su lobby nacional, la Group Health Association of America, apoyaron la medida, considerando que el objetivo del gobierno ya había sido alcanzado (Iglehart, 1982).

Dos informes de Iglehart, elaborados en 1982 y 1984 para el *New England Journal of Medicine*, nos ponen al corriente de los avances logrados en la política federal de promoción de HMO y los nuevos desarrollos en proceso. En 1984 había 323 HMO operando a través de los EEUU, con una membresía total de 13.6 millones. La gran mayoría estaba establecida en las ciudades, aunque existieran algunas experiencias exitosas en el ámbito rural. Nueva Orleans constituía la única área metropolitana con una población de un millón o más habitantes que no contaba con un plan HMO. Las cifras sin embargo no alcanzan a describir el alcance del nuevo movimiento, que Iglehart sintetiza de la siguiente forma:

Una variedad de organizaciones de seguro, compañías de gestión hospitalaria, prácticas de grupo de multiespecialidades, médicos empresarios, hombres de negocios privados, y las entidades que ahora constituyen la alternativa fundamental —las organizaciones de mantenimiento de la salud— están en el proceso de crear o expandir planes médicos que competirán con las formas de práctica tradicionales. Temiendo las consecuencias económicas de estas amenazas competitivas, muchos médicos remunerados a través de honorarios por servicio y los hospitales de comunidad donde practican están respondiendo con sus propios esquemas, creando un sinergismo para el cambio en el sistema de provisión nunca visto antes en los anales de la medicina moderna. (Iglehart, 1984, p. 1203).

El mismo autor señala que ya estaban presentes las estrategias de gestión que caracterizarían posteriormente al fenómeno de *managed care*:

...es evidente que muchos de estos esfuerzos están caracterizados por una mayor sensibilidad al precio de la atención médica, decidida búsqueda de estrategias para mantener a las personas fuera de los hospitales (o, si la organización posee u opera hospitales, una búsqueda de los medios para usarlos más eficientemente), interés por eludir a los médicos que tienen patrones de alta utilización de servicios en comparación con sus pares, mayor disposición de parte de los médicos a someter sus prácticas a revisiones de utilización y una invasión de los mercados médicos locales por organizaciones nacionales con poca o ninguna conexión anterior con las áreas bajo penetración. (Iglehart, 1984, pp. 1203-1204).

Las transformaciones no terminan allí. Durante el período de activo compromiso gubernamental en el desarrollo de HMO, organizaciones privadas, muchas de las cuales se habían comprometido en la operación de planes alternativos incluso antes de la sanción de la ley de 1973, invirtieron sus propios recursos en la creación de nuevos planes y la expansión de los existentes. InterStudy, una organización de investigación sobre política de salud radicada en Minneapolis, que conduce un censo anual de HMO, estimaba en su encuesta de 1982 que, entre 1974 y 1980, se invirtieron más fondos de desarrollo para HMO por parte del sector privado que los provenientes del subsidio gubernamental.

De este modo, la expansión de las HMO y su membrecía en las décadas de 1970 y 1980 se integra en el proceso de concentración y decidido ingreso en una lógica de beneficio empresario de los agentes que operan en el mercado de atención médica en los EEUU, puesto reiteradamente de manifiesto en la bibliografía especializada (Anlyan & Cohn, 1980; Gray & McNerney, 1986; Relman, 1987; Salmon, 1995). El involucramiento del gobierno federal en la expansión de las HMO en la década de 1980 es caracterizado por Iglehart como “un experimento federal en capitalismo de inversión”, evidente a partir de los esfuerzos de la administración Reagan para trasladar el liderazgo del desarrollo de HMO al sector privado (Iglehart, 1982, p. 452).

El proceso de concentración se habría manifestado en paralelo a la expansión del número de entidades. Las organizaciones mayores, que la Oficina del DHHS dedicada a la promoción de las HMO (Office of Health Maintenance Organizations, OHMO) caracteriza como “empresas HMO multiestatales”, estaban absorbiendo la mayoría de los nuevos beneficiarios. En su informe de 1982 la misma Oficina señala que 118 HMO son de propiedad o están siendo gestionadas por doce de tales empresas. Alrededor del 70% de todos los enrolados en HMO son miembros de estas 118 entidades. Su director subraya:

Blue Cross/Blue Shield han incrementado sus filas con 54 HMO con más de un millón de enrolados. Cigna, Prudential, Healthplans, Maxicare, Hancock-Dikewood y Charter Medical se han vinculado a este tipo de empresas, con varias otras esperando en sus flancos. Y por supuesto, la organización Kaiser conserva su preeminencia con más de cuatro millones de personas

enroladas en sus 8 localizaciones en 6 estados y el distrito de Columbia. El paralelo con la industria hospitalaria de hace 15 años es difícil de evitar. (Iglehart, 1982, p. 453).

Por otra parte, el proceso de privatización no se traduce solamente en el ingreso al mercado de nuevas HMO con orientación lucrativa, también compromete el cambio de la situación fiscal de muchas de las entidades existentes. El estímulo para transformarse en empresas con fines de lucro habría radicado para muchas HMO en la necesidad de obtener financiamiento adicional para posicionarse mejor en mercados competitivos. Iglehart registra en 1984 la existencia de siete HMO que operan en el mercado de acciones. Dos firmas administradoras de inversiones en Wall Street, Salomon Brothers y Sanford C. Bernstein, habían realizado investigaciones sobre esas siete empresas, con resultados favorables en cuanto a la posibilidad de atraer inversionistas extra sectoriales. El director de OHMO identifica entre sus logros la publicación de dos *best-sellers*: *The Investor's Guide to HMOs* y *Profiles in Private Funding of HMOs*.

También se verifica una orientación hacia la búsqueda de fusiones. Cuatro de las más grandes HMO sin fines de lucro —nuestras ya conocidas Cooperativa de Puget Sound y Health Insurance Plan of Greater New York, además de la Group Health of St. Paul Minnesota y el Harvard Community Plan— se encontraban en el momento en que Iglehart elabora su informe en tratativas para unirse en una corporación con fines de lucro que adquiriría y desarrollaría HMO en áreas donde todavía no operaban. Una vez que recibieran la aprobación de sus respectivas juntas, cada una de las cuatro HMO contribuiría con algo más de un millón de dólares de sus recursos propios para capitalizar la nueva corporación. Tal vez como último punto considerarían la venta de acciones para generar capital adicional.

En el mismo sentido, se ocupa Iglehart de subrayar que el compromiso del Departamento de Salud y Servicios Humanos en el desarrollo de estas modalidades organizativas no había cesado con el fin de la política de promoción financiera. Y reconoce a la vez que sus funcionarios se encontraban en una situación paradójica. Los objetivos del Departamento se identificaban con la necesidad de promover condiciones de equidad a través de la defensa de los ciudadanos más vulnerables. De hecho, la misma ley HMO había sido respaldada por el senador Kennedy para promover algunos de sus objetivos en política social, cuando se puso de manifiesto la imposibilidad de lograr la aprobación de un seguro nacional de salud. De ese modo se crea una tensión en torno del manejo de la nueva tarea, encomendada al DHHS por el Congreso, de invertir dólares provenientes del presupuesto público en inversiones de alto riesgo, con la esperanza de que el retorno para la sociedad fuera la creación de organizaciones privadas capaces de proveer atención médica de alta calidad a un precio razonable. La cuestión presenta además matices particulares, expresados en una entrevista por uno de los directores de la Oficina específicamente dedicada a la promoción de HMO:

Encontramos que el campo de la atención médica no es un campo que haya atraído una cantidad de personas con destrezas empresarias. Las HMO son

negocios que generan millones en ingresos y gastos. Usted no puede tener un buen muchacho que es un trabajador social a cargo de este tipo de organización. La mayoría de nuestras solicitudes de subsidio derivan de grupos comunitarios que están esforzándose por cambiar un poco sus sistemas de provisión. OHMO ha intentado ajustarse a este problema haciéndose más agresiva y procurando organizaciones que tengan algunas de las destrezas necesarias para crear HMO. (Iglehart, 1982, p. 452).

Tras ese diagnóstico, esa agencia estatal asumió una función de consultoría en gestión empresarial. No habiendo sido anteriormente más que un pequeño enclave en el interior de DHHS, fue dotada por la administración de Reagan con un equipo de 86 empleados *full time*, todos los cuales trabajaban en el área de Washington. Pese a haber abandonado la política de subsidios, destinaría alrededor de 4.2 millones en el año fiscal de 1982 para asistencia técnica, entrenamiento y salarios para sus empleados. Su función clave era promover el concepto HMO en el sector privado. Sus directivos reconocen la falta de gerentes capacitados como un obstáculo aún más importante que la escasez de capital para impulsar el crecimiento de esas entidades.

La agencia federal también presionó a 39 estados para aprobar su propia legislación HMO, de modo de suprimir las trabas legales existentes para su organización. A comienzos de la década de 1980, el involucramiento de los estados en estrategias de contención de costos a partir de la aplicación de formas de retribución prepagas, se expresa también a través de decisiones como la adoptada por la legislatura de California en 1981. Debiendo enfrentar un déficit potencial de dos mil millones en el presupuesto estatal de veintisiete mil millones, relacionado con los mayores costos del programa Medi-Cal (Medicaid) y un aumento del 17,9% de los costos hospitalarios, la legislatura autorizó tanto al gobierno como a las compañías de seguro privado a negociar contratos prepagos con hospitales y proveedores como un *instrumento* para contener costos (Melia *et al.*, 1983).

### *Las transformaciones de la década de 1990*

Los cambios en la práctica prepaga producidos en la última década no solo se han expresado en el crecimiento de su población beneficiaria. También han cambiado sustancialmente las formas organizativas de las empresas que ofrecen este tipo de planes.

Una primera aproximación a este tipo de transformación permitiría identificar los siguientes rasgos:

1. el crecimiento de las HMO de propiedad de inversores,
2. el rápido crecimiento de modelos de redes y asociaciones de práctica independientes (IPA) así como el comparativamente más lento desarrollo de los modelos tradicionales de grupo y *staff*,
3. el crecimiento de las HMO nacionales y su consolidación en algunos mercados locales.

Sin embargo, en opinión de Gabel *et al.* (1997), el rasgo más importante de la transformación reciente radica en la diversificación de sus planes. Ofreciendo nuevos productos e ingresando en nuevos mercados demográficos y geográficos, las HMO estarían respondiendo a cambios en la demanda de los compradores. Esta estrategia habría tenido consecuencias importantes también sobre la organización de los servicios. El creciente peso de las organizaciones basadas en redes y las peculiaridades intrínsecas a la gestión de pagos capitados estimula a los proveedores a alterar sus propias modalidades de organización como veremos más adelante.

Cuando se analiza el desenvolvimiento de las prácticas prepagas, los investigadores suelen definir la unidad organizativa como HMO. Sin embargo, a lo largo de la última década la diversificación ha hecho que la HMO constituya solo una línea de productos ofrecida por una organización mayor. La medida del poder de mercado de una empresa de *managed care* no se expresa en el número de planes HMO a los que sirve, sino el número de individuos cubiertos por todas sus líneas de producto. El cambio más significativo se expresa en la bibliografía más reciente cuando se deja de mencionar a las HMO como referencia genérica al *managed care* y comienza a hablarse de organizaciones de *managed care* (OMC)<sup>3</sup>.

Recientemente el Group Health Association of America, el mayor grupo que representa a la industria HMO, se fusionó con la American Managed Care and Review Association (AMCRA) para formar la American Association of Health Plans. AMCRA había representado históricamente a las organizaciones de proveedor preferido y a las asociaciones de práctica independiente (PPO, IPA). La nueva organización ilustra la autoimagen de la HMO de hoy, no como HMO de grupo o *staff* sino como organizaciones de *managed care* que ofrecen un conjunto de planes y productos (Gabel *et al.*, 1997).

La variedad de opciones de *managed care* cubre un rango desde HMO de modelo *staff* a planes de indemnización tradicional con innovaciones de *managed care* (Federa & Camp, 1994). La gama de opciones disponibles difiere en cuanto a las relaciones entre beneficiarios y proveedores, entre proveedores de primero y segundo nivel y en el alcance de los límites y controles impuestos a la prescripción de los profesionales. Una de las innovaciones en gestión más importante son los sistemas de *utilization review*, aunque, según Gabel *et al.*, algunos aseguradores y empleadores están prefiriendo redes de proveedores más restrictivas y la formulación de lineamientos de práctica para controlar el uso de servicios inapropiados<sup>4</sup>. Además de esta variedad de planes de cobertura, las OMC ofrecen otros productos de características peculiares, como la cobertura de riesgo Medicare, los contratos Medicaid y la Oferta de Servicios de Administración (Administrative Services Only, ASO).

Según datos proporcionados por Gabel *et al.* (1997), el 23% de las OMC ofrecía un producto de riesgo Medicare (Medicare *risk*) al primero de enero de 1995, registrándose un aumento del 27% desde 1989. Medicare paga cobertura de riesgo a organizaciones tipo HMO a partir de una suma por mes por cada beneficiario. La

---

<sup>3</sup> Sobre innovación en *managed care*, ver Sullivan, 1994.

<sup>4</sup> Sobre experiencias de *utilization review*: Feldstein *et al.*, 1988; Rosenberg, 1995; Shapiro & Wenger, 1995.

cápita mensual es igual al 95% del costo estimado de estos beneficiarios si permanecieran en el programa Medicare financiado con honorarios por servicio. Las HMO también pueden ofrecer a beneficiarios Medicare contratos de costos; en este caso el programa federal reembolsa a las HMO por costos autorizados producidos en la atención de sus beneficiarios. Las HMO prefieren ofrecer estos contratos en las áreas donde la estimación de costos que se utiliza para establecer el pago capitado es baja. Un 6% de las HMO ofrecía un producto de costo Medicare en enero de 1995 a partir de un 5% en 1989.

En relación con Medicaid, las opciones de *managed care* aumentaron a medida que los diferentes Estados enfrentaban restricciones presupuestarias que transferían al programa. Casi un tercio de los beneficiarios a nivel nacional estaban enrolados en alguna forma de *managed care* a principios de 1996. En 1988 19,4% de las HMO ofrecían un producto *medicare*, en comparación con un 32,1% en 1994.

Por último, la oferta de servicios administrativos (ASO) se convirtió en un rasgo común en las líneas de producto HMO en la medida en que un mayor número de empleadores decidió autofinanciar la cobertura de su personal. Bajo un arreglo ASO, el empleador asume el riesgo financiero del costo de los servicios. La HMO factura al empleador sobre una base de honorario por servicio con descuento para los servicios provistos. Además, cargará un honorario administrativo por el uso de la red y de sus servicios de *quality assurance* y *management utilization*.

Gabel *et al.* también identifican algunas tendencias en el interior del proceso de diversificación de productos:

- variación entre regiones en el crecimiento y nivel absoluto de diversificación de actividades, que confirmaría una vieja máxima: toda la atención médica es local;
- el crecimiento de los productos POS y PPO sugiere que los empleadores están demandando en forma creciente productos de tipo híbrido.
- cuando el enrolamiento de una HMO supera los 250.000 miembros es más probable que ofrezca productos diversificados; y también es más probable que participe en Medicare y Medicaid y proporcione productos dedicados exclusivamente a servicios administrativos;
- el 5% de los miembros de HMO están enrolados en un plan donde el empleador se autofinancia en alguna medida; el beneficio para el empleador por los arreglos ASO es innegable: si el empleador considera que sus empleados son más saludables que el promedio preferirá un arreglo ASO, cuyo costo será menor que el valor de la cobertura.

A partir de la creciente diversificación de las HMO los investigadores han comenzado a cuestionar la utilidad de la tipología convencional, que permite considerable heterogeneidad en un solo modelo tipo. Los modelos IPA, por ejemplo, pueden diferir significativamente en cuanto estructura de pago a los médicos, según que los médicos vean solo pacientes HMO o compartan su práctica con beneficiarios de seguro tradicional, también según el contrato tipo, la naturaleza de la recompensa



por aceptación de riesgo, y el tamaño y naturaleza de los grupos de proveedores que comparten riesgo y recompensas.

## La construcción de referentes conceptuales: primeros bordajes

Como ya mencioné, desde sus orígenes los sistemas de práctica prepaga fueron objeto de cuestionamiento por parte de la medicina organizada, particularmente de la poderosa American Medical Association (AMA). Sin embargo, los argumentos y temáticas incorporados en ese debate se han ido progresivamente ampliando y complejizando.

Si en sus orígenes el sistema HMO fue considerado como un instrumento de contención del incremento de los costos de atención médica, paulatinamente las representaciones construidas sobre sus mecanismos de funcionamiento se han ido precisando y hoy muestran esa forma organizativa como un medio de limitar la autonomía reconocida al profesional para establecer las condiciones de su práctica. Desde esa perspectiva el *managed care* representa la última etapa en una larga lucha que ha enfrentado las prioridades de los médicos con las estructuras de gestión de los servicios de atención médica, que procuraban ganar mayor control sobre sus hábitos prescriptivos. La autonomía tradicional que los médicos han gozado como depositarios de la confianza del enfermo y como receptores de un poder monopólico, garantizado por el Estado, sobre las condiciones de su práctica —lo que Freidson llama *dominancia profesional*— está siendo amenazada por estas nuevas modalidades de financiación y organización de la atención (Freidson, 1994).

También Paul Starr (1982) reconoce la capacidad demostrada por la profesión médica americana a partir de la década de 1920 para establecer estructuras organizativas destinadas a preservar una esfera diferenciada de dominancia y autonomía profesional. En virtud de ese predominio, servicios de salud, salud pública y práctica médica habrían resultado solo parcialmente integrados. No se habría permitido la emergencia de ninguna autoridad coordinadora que pudiera amenazar la autonomía de la profesión y su control del mercado. En las últimas décadas, señala Starr, esas prerrogativas han estado bajo la mira de las corrientes racionalizadoras de la organización de la atención médica. Las amenazas implícitas asumirían dos modalidades: competencia y control. Los planes de medicina prepaga representarían una forma competitiva de organización burocrática de la atención médica. Las compañías de seguro, presionadas por la necesidad de controlar costos, buscan por ese medio regular las decisiones de los profesionales.

Esta concepción matiza los términos del debate que acompañó el fortalecimiento de las formas prepagas en las décadas de 1970 y 1980. En ese momento sus oponentes advertían sobre el posible incentivo a la subprovisión de atención necesaria que podía estar presente en el pago *per cápita*. Hoy ese fantasma sigue existiendo,

particularmente en contextos de escasa regulación y control; sin embargo, aparece contrarrestado por el cuestionamiento al privilegio profesional que toma forma a partir de su caracterización como agente comprometido en el bienestar del paciente a su cargo. El análisis crítico del *rol de* agente asumido por el profesional en su relación con el paciente constituye una de las temáticas clave en la búsqueda de causas y la propuesta de soluciones al incremento no justificado de los costos de la atención médica.

### *El médico como agente*

En el capítulo anterior recuperé las bases conceptuales de la teoría de la agencia. La preocupación por el incremento de los costos de la atención médica y la hipótesis de demanda inducida por la oferta han focalizado la atención sobre el conflicto de intereses que puede verificarse en el interior de la relación médico/paciente, ejemplo clásico de una estructura principal/agente.

El paciente necesita el consejo e intervención del médico, pero enfrenta grandes dificultades para evaluar lo apropiado de las acciones realizadas y su calidad. El médico tiene pericia clínica superior y trabaja en instalaciones privadas que no están abiertas a observación por terceras partes. Es inherente a la problemática de la salud/enfermedad/ atención médica la dificultad para adscribir ya sea una mejoría o un empeoramiento en la condición del paciente a las acciones del médico, separándolas de otros factores influyentes o del curso natural del proceso de enfermedad (Robinson, 1997).

La posibilidad de conducta oportunista asociada con el rol de agente respalda en el campo de la atención médica la hipótesis de demanda inducida por la oferta. La cuestión tiene ya al menos dos décadas de debate en el interior de la economía de la salud. En la década de 1980 se integra al debate teórico vinculado con la capacidad del enfoque neoclásico para dar cuenta de la totalidad de los fenómenos específicos de la microeconomía de la atención médica. Entre las nuevas perspectivas que cuestionarían la pertinencia de ese enfoque, Darbon & Letourny (1983) recuperan la hipótesis de inducción de la demanda por la oferta.

En opinión de estos analistas esa hipótesis transforma sensiblemente el marco general de la microeconomía neoclásica, al enfocar el análisis sobre una situación de interdependencia de los agentes. La importancia del problema se asocia a la necesidad de explicar la expansión de los servicios médicos verificada en las décadas precedentes y el aumento simultáneo del precio unitario de tales servicios y del número de profesionales. La explosión del número de médicos en la década de 1970 habría estimulado una más cuidadosa consideración del fenómeno y “la impresión de que se había subestimado el «poder discrecional» de los médicos devino entonces una convicción absoluta” (Darbon & Letourny, 1983, p. 46).

Dejando de lado consideraciones de orden normativo, los autores citados se preocupan por señalar que el desarrollo de los conocimientos y de la tecnología médicos ha sido objeto de una publicidad que influye en la modificación de las aspiraciones

de los individuos en materia de salud: el desplazamiento de la oferta podría entonces estar asociado con una transformación de la demanda, en volumen o en estructura. De todos modos, en su perspectiva, el centro de la preocupación de los economistas se ubica en las posibilidades de inducción ofrecidas por la naturaleza específica de la relación médico-enfermo (asimetría de la información, poder discrecional del médico, carácter dramático de la enfermedad).

Darbon & Letourny plantean el problema de la indeterminación del producto de la atención médica. Y sobre esa base reiteran la pregunta que comienza a ordenar el debate sobre la explosión de costos: ¿cómo puede establecerse una relación económica entre médicos y enfermos en ausencia de la posibilidad de un acuerdo sobre el producto objetivo de la intervención médica? (1983, p. 54).

Esta lectura desde la teoría económica constituye uno de los ángulos del cuestionamiento al modelo de práctica médica construido bajo los principios de libertad de elección, pago por acto médico y libertad de prescripción. No solo se enfatiza en estas lecturas críticas la posible colusión de intereses entre médicos y pacientes y el impacto sobre ese posible conflicto de la asimetría informativa que caracteriza su relación. El problema se ubica también a nivel macro, incidiendo sobre las definiciones de asignación de recursos según prioridades socialmente definidas.

Los proveedores de atención médica se habrían apropiado a lo largo del siglo XX del derecho a definir al mismo tiempo lo que se consideraba como salud y la forma como se la podría alcanzar. En las últimas décadas nuevas corrientes de pensamiento obligaron a revisar esa convicción, fundada en un optimismo excesivo en torno de la capacidad de la ciencia para garantizar el bienestar humano. En paralelo, una más rigurosa evaluación del sistema de atención médica en sí mismo habría demostrado que sus prácticas están más débilmente conectadas con el conocimiento científico o cualquier otra forma de conocimiento, de lo que el imaginario construido por los profesionales sugeriría. En realidad, se alega, su hegemonía se fundó sobre un conjunto de expectativas sociales que paulatinamente se han visto defraudadas. En ese clima de ideas, la “retórica de la explosión de costos” se fundaría en realidad en una cuota de desilusión e incertidumbre sobre el verdadero alcance de los beneficios prometidos (Evans & Stoddart, 1990, p.1348; Contandriopoulos & De Pourville, 1991).

De ello resulta, siguiendo el argumento de Evans y Stoddart, una preocupación incrementada por la efectividad de la respuesta de los servicios de atención médica a las necesidades de salud. En ese sentido la investigación en servicios habría acumulado evidencia suficiente para rechazar el supuesto que la provisión de atención médica está conectada de alguna manera sobre base sistemática o científica con las *necesidades* del paciente o con resultados demostrables sobre la situación de salud de las poblaciones. Por el contrario, no se verifican asociaciones entre las variaciones en el gasto en salud de diferentes países y variaciones consiguientes en la situación de salud de sus habitantes.

La perspectiva pesimista en relación con las expectativas puestas en el desarrollo científico-tecnológico se expresa en una valoración de las condiciones de *incertidumbre* en las que se realiza la práctica médica. Hay diferentes significados que se asocian con la incertidumbre en medicina. John Wennberg, por ejemplo, fue un pionero en el

estudio de las variaciones geográficas en los patrones de práctica médica (Wennberg *et al.*, 1977). Los resultados de sus investigaciones serían utilizados luego por Enthoven (1981a) para enfatizar la necesidad de una compilación sistemática de información relacionada con la actividad prescriptiva de los profesionales en diferentes ambientes institucionales, como forma de supervisar y orientar la actividad de los servicios de atención. En este sentido la incertidumbre puede asociarse con la asimetría de información y la demanda inducida por la oferta, temas familiares para la economía de la salud y cuestiones actuales para la problemática de gestión.

Sin embargo, existe otra preocupación asociada con un problema de incertidumbre que se vincula a la falta de criterios científicamente bien establecidos, adecuados para la normatización de la práctica médica. En la perspectiva de Hurst (1990) la incertidumbre no sería una preocupación exclusiva de pacientes y gerentes. En su opinión los mismos médicos se encuentran a menudo en situación de incertidumbre sobre las indicaciones y la efectividad de los tratamientos disponibles para determinadas condiciones. Esto autorizaría a hacer referencia a la existencia de una gran asimetría de información en los dos polos del mercado de atención médica (consumidores y proveedores). En algunas ocasiones, afirma Hurst, parece más adecuado hablar de una *simetría* de incertidumbre. (1990, p. 72).

### *La fundamentación empírica de la cuestión*

En un trabajo publicado en 1981, Enthoven utiliza los resultados de investigaciones sobre diferenciales de práctica para fundamentar su crítica a la forma como se aborda el problema de los costos de la atención. Los economistas y planificadores, señala, han tendido a centrarse en precios o costos unitarios porque son las variables que sus herramientas pueden medir y controlar. Su interés en utilización ha estado ampliamente limitado a la elasticidad de la demanda en relación con los precios.

En opinión del economista norteamericano esa focalización sobre unidades de precio y costo produciría una visión incompleta. Mayor interés podría encontrarse en las variaciones en utilización determinadas por el proveedor. Una estrategia más efectiva de control y más legítimable podría ser diseñada a partir de inducir a los proveedores a recortar la provisión de aquellos servicios que se consideran con poco o ningún valor marginal en salud (Enthoven, 1981a).

Para ejemplificar la importancia del problema utiliza algunos ejemplos de diferenciales en práctica médica y subsecuentes resultados en salud-enfermedad. En el listado presentado a continuación se incorporan sus referencias y algunas adicionales proporcionadas por otros investigadores. Recogidas en alguna medida al azar, reflejan una preocupación generalizada a lo largo de la década de 1980:

- La comparación realizada por Lembcke sobre tasas de apendicectomía per cápita y muertes por apendicitis (incluyendo muerte por cirugía) en 23 áreas de servicio hospitalario en el estado de Nueva York resultó en una tasa de apendicectomía por 1.000 habitantes ajustada por edad que variaba de 2,9 a 7,1,

sin que se registraran diferencias en la incidencia de apendicitis en las áreas cubiertas, relativamente homogéneas.

- Gittelsohn & Wennberg encuentran variaciones en el uso per cápita de diferentes servicios de salud en trece áreas de Vermont, pese a la similitud de las poblaciones en términos de tasas de enfermedad, ingreso, condiciones raciales y sociales, cobertura de seguro y número de visitas al médico per cápita. La tasa ajustada por edad de cirugía per cápita en el área de mayores valores es el doble que en la de valores más bajos. La variación es mucho más alta en algunas operaciones, por ejemplo, tonsilectomía varía de 4 a 41 operaciones por cada mil niños, por año.
- Newhouse & Friedlander, y Miller & Stokes examinan la relación entre la salud de las personas viviendo en diferentes áreas y la cantidad de recursos médicos disponibles, controlada por características demográficas y socioeconómicas de las poblaciones. Ambos encuentran poca o ninguna relación positiva significativa entre salud y disponibilidad de recursos de atención médica.
- Hutier y sus colegas en el Massachusetts General Hospital reportaron un estudio de altas hospitalarias tempranas después de un infarto de miocardio. Los pacientes sin complicaciones fueron aleatoriamente asignados a dos o tres semanas de estadía hospitalaria total. Durante los seis meses del período de seguimiento no hubo diferencias entre los pacientes en frecuencia de retorno al trabajo, ansiedad o depresión, condición cardíaca o supervivencia.
- Neutra y colaboradores analizaron 15.486 niños nacidos vivos, 47% de los cuales fueron monitoreados, para evaluar el efecto de ese monitoreo sobre las tasas de muerte de los recién nacidos. Desarrollaron un score de riesgo numérico basado sobre dieciocho factores que pueden influenciar la probabilidad de muerte de los recién nacidos, y clasificaron todos los nacimientos en cinco categorías de riesgo. Luego compararon las tasas de muerte para aquellos monitoreados y aquellos no monitoreados en cada categoría. Encontraron que, para los tres cuartos del uno por ciento de los nacimientos, donde se ubica la más alta categoría de riesgo, el monitoreo se asoció con una reducción de la tasa de muerte de alrededor de 304 a 195 por mil nacidos vivos. En el 76% de los nacimientos, correspondientes a la más baja categoría de riesgo, la tasa de muerte fue 0.5 por mil para aquellos no monitoreados y 1.1 para aquellos que lo fueron. Estas diferencias no son estadísticamente significativas, lo que ilustra la dificultad de obtener una muestra de tamaño adecuado cuando uno está buscando pequeñas diferencias en pequeños riesgos. Sin embargo, el resultado sugiere que el monitoreo de los partos de bajo riesgo no produce beneficio en salud.
- Una tecnología médica costosa ampliamente difundida antes de que fuera establecida su eficacia fue la cirugía de bypass coronario. Esta operación fue introducida a fines de la década de 1960. Hacia 1977, su volumen anual excedía los 70.000 procedimientos y el costo alcanzaba aproximadamente a mil millones de dólares. La Administración de Veteranos puso en marcha un ensayo clínico controlado en los inicios de la década de 1970, con más de mil pacientes, aproximadamente la mitad de los cuales era tratada con medicamentos, la

otra mitad con *bypass*. Los resultados fueron publicados en 1977. Se encontró que el tratamiento quirúrgico prolongaba la vida para el 11% de los pacientes que tenían enfermas las principales arterias coronarias. Para el resto, no hubo diferencia estadística significativa en la supervivencia entre los dos grupos en tratamiento, controlados 21 y 36 meses después de su ingreso en el ensayo (Enthoven, 1981a).

- Wennberg y colaboradores (1977) han trabajado con europeos para estudiar variaciones en procedimientos quirúrgicos comunes en Nueva Inglaterra, Inglaterra y Noruega. Niveles similares de variabilidad en las tasas de cirugía se encontraron tanto en Inglaterra y Noruega como en Nueva Inglaterra. McPherson y sus colegas de Oxford realizaron estudios similares (McPherson et al., 1982).
- Otros analistas analizan las diferencias a nivel internacional en las tasas de realización de cirugías, EEUU presenta invariablemente las tasas más altas. Las tasas de *bypass* coronario en 1978 cubrieron un rango entre 19 operaciones por millón de habitantes en Francia y 483 en EEUU (Banta, 1980). En 1982 la tasa estadounidense llegó a 755 operaciones por millón y en 1985 se estimaban en más de 800 (Rimm, 1985). Las tasas de tratamiento de enfermedad renal terminal en el Reino Unido no llegaban a un caso por cien mil personas, en EEUU se encontraban en el otro extremo del ranking en 39 casos por 100.000 (Schroeder, 1987).
- Se han realizado también revisiones de grandes muestras de historias clínicas y casos clasificados. Algunos de estos estudios han informado recientemente un 32% de endarterectomías de carótida inapropiadas, otro 32% dudoso; 14% de cirugía CABG inapropiada, otro 30% dudoso; 27% de días de internación inapropiados; 20% de implantes de marcapasos inapropiado, y otro 36% dudoso (Enthoven, 1990).
- Chassin *et al.* (1986), por su parte, midieron diferencias geográficas en el uso de servicios médicos y quirúrgicos para beneficiarios Medicare en 13 grandes áreas de los EEUU. El número promedio de beneficiarios por sitio fue de 340.000. En su informe señalan haber encontrado grandes y significativas diferencias en el uso de servicios proporcionados por todas las especialidades médicas y quirúrgicas. De 123 procedimientos estudiados, 67 muestran al menos diferencias de tres veces entre sitios con las mayores y menores tasas de uso. Las tasas de uso no fueron consistentemente altas en un lugar, pero las tasas de procedimientos utilizados para diagnosticar y tratar una enfermedad específica variaron simultáneamente, al igual que tratamientos alternativos para la misma condición.

La cuestión fue retomada también con intención de síntesis por Gerritse & Vrancken (1989). En este caso los términos del problema se definen del siguiente modo:

- Hay grandes variaciones (regionales) de la utilización per cápita que no pueden ser explicadas por variaciones en las características de los pacientes, necesidades médicas o salud aparentemente producida.
- Hay sustancial evidencia de productividad marginal individual baja o cero en algunas áreas de atención médica.
- Existe la simple lógica de conducta potencial del médico bajo condiciones de rígidos requisitos de entrada y matrícula profesional, construida en el interior de sistemas de remuneración y características de presupuesto hospitalario que permitirían la focalización del ingreso.
- Hay una persistentemente creciente variedad de evidencia que sugiere que la efectiva disponibilidad de capacidades e instalaciones induce al tratamiento, sin que haya un impacto evidente en la salud producida o en la eficiencia de la atención provista. Un segundo momento en el argumento que procura explicar el incremento de costos en atención médica a través de la conducta del proveedor se centra en verificar la posible asociación entre diferencias en utilización de servicios y formas de organización de la práctica médica, con particular referencia a las formas de retribución del trabajo profesional. Para ello, Enthoven cita un estudio realizado por Monsma, en el que se compara la influencia de los precios pagados por el consumidor en la determinación del uso per cápita de cirugía en sistemas con cobertura de seguro a partir de honorarios por servicio y grupos de práctica prepaga.

Bajo seguro con honorario por servicio, los beneficiarios están generalmente sujetos a algún coseguro o copago, en consecuencia, el costo marginal de una operación para el paciente es probable que sea positivo. También el ingreso marginal para el médico resulta positivo en este caso. Bajo grupos de práctica prepaga el costo marginal para el paciente es prácticamente cero al igual que el ingreso marginal para el médico. El modelo general de demanda de consumidor predeciría menos uso per cápita de cirugía bajo seguro con honorario por servicio. Pero la situación es la opuesta: el ingreso marginal para el médico parece ser la variable decisiva (Enthoven, 1981a).

La observación estaría también respaldada por las conclusiones de Fuchs & Kramer (1972, citado por Enthoven, 1981a):

Factores de oferta, tecnología y número de médicos parecen ser de importancia decisiva para determinar la utilización y gasto por servicios médicos. El número de médicos tiene una influencia significativa sobre la utilización, dejando aparte el efecto del número sobre demanda por vía de honorarios menores. En realidad, encontramos que la elasticidad de la demanda con respecto a ingreso, precio y seguro son menores con relación al efecto directo que tiene sobre ella el número de médicos. (Enthoven, 1981a, pp. 177-178).

La cuestión sin embargo no es pacífica en el debate sobre la organización de la atención médica en EEUU. El bien documentado trabajo de Enthoven, del que hemos extraído la mayor parte de la información presentada, también da cuenta de la polémica desatada entre analistas en torno de la hipótesis de existencia de una



demanda inducida por el proveedor. Los trabajos de Sloan & Feldman, May, Yett procurarían controvertirla. Otros análisis —Sweeny, Fuchs, Reinhardt, Feldstein, Newhouse, Bumberg, Burney, entre otros— procuran encontrar explicaciones a la conducta de sobreprovisión e identificar los escenarios donde el problema se genera.

En ese marco, cualquiera fuera el resultado de un debate de difícil valoración empírica, la posibilidad de una demanda inducida por el proveedor supone cuestionamientos a la viabilidad de algunas de las políticas tradicionalmente propuestas para contener costos. El incremento de la oferta de médicos, la fijación de honorarios, el establecimiento de copagos, tendrían efecto limitado en el caso de que esa hipótesis resultara convalidada. En apoyo de este argumento opera la información proporcionada por Evans (1994) sobre el incremento en la producción de servicios como consecuencia de políticas de contracción del gasto puestas en práctica en el mucho más ordenado y regulado sistema canadiense.

### *La información empírica sobre práctica prepaga*

Si, tal como parecen señalar estos argumentos, la viabilidad financiera del sistema de atención médica debiera buscarse en nuevos modelos organizativos, se podía esperar que la práctica prepaga y la experiencia de HMO se convirtieran en objeto de indagación privilegiado para muchos investigadores.

Luft (1978), por ejemplo, analizó 38 estudios que comparaban costos y utilización de personas enroladas en grupos de práctica prepaga tipo HMO con costos y utilización de personas similares atendidas por seguro con honorario por servicio. En general los estudios examinados comparaban personas en el mismo grupo de empleados y ajustaban por edad y sexo los grupos en comparación. Algunos se aplican a beneficiarios de Medicaid y Medicare. En general, verificó que los costos totales por servicios de atención médica (prima y gasto de bolsillo) entre las personas cubiertas por HMO, estaban entre 10 y 40% por debajo de los resultantes de la atención de aquellas en condiciones similares cubiertas por seguro con honorario por servicio. Los beneficiarios de grupos prepagos tenían una cantidad igual o mayor de visitas ambulatorias *per cápita*, pero presentaban entre 25 y 45% menos de días de internación. Dado que el costo por visita y por día de internación en grupos prepagos y seguro con honorario por servicio sería similar, la reducción en el costo total es fundamentalmente explicada por la menor utilización de atención hospitalaria. No habría evidencia que sustentara algún perjuicio para estos pacientes asociado a la menor duración de la hospitalización.

Luft propone cuatro hipótesis posibles para explicar el menor uso hospitalario en estas organizaciones prepagas, encuadradas en general en la categoría de HMO:

1. los médicos HMO revisan los pacientes con más efectividad y deciden cuáles necesitan realmente ser hospitalizados;

2. los médicos HMO pueden reducir la provisión de atención o los proveedores remunerados con honorarios por servicio aumentarla, en casos no discrecionales;
3. las HMO pueden ofrecer atención preventiva que reduce la necesidad de hospitalización; o
4. las personas que se autoseleccionan como miembros de HMO pueden tener mejor salud o mayor aversión a admisiones hospitalarias que otras.

Sin embargo, concluye que no existe disponible suficiente evidencia para una evaluación integral de estas alternativas.

Sintetizando la evidencia disponible, este autor encuentra que:

- las HMO promedio ofrecen atención comparable o algo superior a la proporcionada por un médico promedio remunerado por servicio; los resultados en HMO son los mismos o ligeramente mejores que en práctica convencional;
- la explicación basada en la utilización de atención preventiva parece improbable, ya que muchas nuevas HMO han exhibido bajas tasas de hospitalización desde el comienzo; y
- en general estos estudios han mostrado pocas diferencias entre personas enroladas en HMO y en planes convencionales (Enthoven, 1981a).

Por último, la hipótesis de una autoselección por personas más saludables ha originado alguna controversia. Eggers (1980) ha informado sobre un estudio de casos realizado sobre una pequeña muestra, cuyos resultados señalaron que beneficiarios Medicare vinculados a un grupo de práctica prepaga tenían antecedentes de menores hospitalizaciones anteriores a su ingreso en ese sistema. Las tasas de hospitalización se ubicaban un 50% por debajo del grupo utilizado para la comparación. Otro estudio publicado en 1983 (Jackson-Beek & Kleinman, 1983) brinda información que refuerza la hipótesis de autoselección: en este caso los beneficiarios enrolados en HMO habían tenido, en el año previo a la selección de este tipo de cobertura, un 53% de los días de internación de aquellos que optaron por planes con honorario por servicio, entre once grupos de empleados cubiertos por Blue Cross y Blue Shield en un área de Minneapolis.

Un estudio de Hillman et al. (1989) se destina específicamente a evaluar cómo los incentivos presentes en las modalidades de pago pueden modificar la conducta del médico hacia pacientes individuales. Se utilizó un análisis de regresión de datos provenientes de organizaciones tipo HMO para examinar la relación entre la presencia de incentivos financieros y dos medidas de utilización de servicios (la tasa de hospitalización y la tasa de visitas en servicios ambulatorios) y una medida de la viabilidad financiera de la HMO (el logro de un resultado financiero equilibrado). Los resultados demostraron que algunas formas de remuneración estaban significativamente asociadas con esos indicadores de toma de decisiones por parte de los médicos.

Entre los métodos de pago, el uso de capitación o salarios se asoció con una menor tasa de hospitalización que el uso de pagos a partir de honorarios por servicio.

Cuando se puso a los médicos ante riesgo financiero como individuos y se les impuso penalidades por déficit en la financiación de atención hospitalaria, se verificaron menores visitas ambulatorias por enrolado. Era más probable que las HMO tuvieran ejercicios equilibrados cuando eran más grandes, más antiguas, tenían médicos que trataban más pacientes HMO y ponían a los médicos en riesgo por el costo de las pruebas ambulatorias. La obtención de un balance equilibrado también se relacionó al tipo de organización HMO. Los autores señalan expresamente que los resultados obtenidos no permiten sacar conclusiones relativas a la forma en que estos factores afectan la calidad de la atención.

Hillman y sus colaboradores señalan también la creciente diversificación de esta forma organizativa, que complejiza la evaluación de sus resultados. Las primeras HMO utilizaron sistemas relativamente simples para remunerar a los médicos en atención primaria, pagando salarios o haciendo pagos *per cápita* a profesionales en prácticas de grupo para cubrir toda la atención requerida por cada paciente durante un periodo establecido. A medida que el sistema se amplió y diversificó, se desarrollaron mecanismos más elaborados y potencialmente más poderosos para reforzar los incentivos financieros de los médicos de atención primaria para limitar servicios y costos<sup>5</sup>.

También, Cunningham & Williamson realizaron en 1980 una revisión y evaluación de la literatura producida entre 1958 y 1979 dedicada a evaluar la calidad de la atención en HMO en comparación con la producida en otro tipo de organizaciones con poblaciones semejantes. Pocos años más tarde, Hornbrook & Berki (1985) revisan estudios sobre diferencias entre tipos de práctica en relación a costos, utilización, calidad de la atención y acceso. Ninguno de ellos llega a resultados definitivos.

Robinson (1991) y también Robinson & Luft (1988) analizan la penetración de HMO en California y el impacto sobre costos hospitalarios entre 1983 y 1988. La cobertura habría aumentado durante esos años desde un 8,3% a un 17% del total de internaciones. La tasa de crecimiento de costos por ingreso fue 9,4% menor en mercados con relativamente alta penetración de HMO en comparación con mercados con penetración relativamente baja. Los ahorros en costos adjudicados a la competencia de precios inducida por la penetración de HMO para los 298 hospitales privados bajo estudio se estimó en mil millones de dólares para 1998. Sin embargo, la evaluación final no es optimista, los ahorros obtenidos se consideran modestos cuando se los confronta con la inflación de costos promedio del 74,5% registrada en ese estado en los años bajo estudio.

Otro estudio (Clement *et al.*, 1994), llevado adelante a través de una encuesta telefónica a una muestra de beneficiarios Medicare nivel nacional, con el objeto de evaluar acceso y resultados de la atención en relación a síntomas de dolor en articulaciones y dolor de pecho entre enrolados en planes de honorario por servicio y planes HMO, informa tres hallazgos que sus autores consideran de importancia:

---

<sup>5</sup> Una descripción muy completa de las posibles formas de vinculación entre organizaciones de *managed care* y prácticas de grupo se puede consultar en Hillman *et al.*, 1992.

- a) tanto para sintomatología aguda como crónica era menos probable que los enrolados en HMO informaran haber recibido atención por parte de un especialista;
- b) también era menos probable que informaran que se les hubiera recomendado atención de seguimiento o progreso en sus síntomas;
- c) pese a estas diferencias los resultados habían sido similares en ambos grupos para tres de las cuatro mediciones efectuadas (se había registrado menor probabilidad de mejoría entre enrolados en HMO con dolor en articulaciones). La comparación se realizó habiendo controlado factores demográficos, condición de salud y funcional, y características de la conducta relativa a salud.

La última revisión de literatura específica a la que he tenido acceso es la realizada por Miller & Luft sobre estudios seleccionados que recogen información a partir de 1980 y publicada en la revista de la AMA en 1994. Las conclusiones giran en torno de la dificultad de diferenciar calidad de atención entre planes HMO y planes remunerados por honorario por servicio. Ambas modalidades de cobertura proporcionarían calidad de atención en general comparable. Entre 17 observaciones comprendidas en 16 estudios, 14 habrían mostrado resultados mejores o equivalentes (o bien una mezcla de mejores y peores) para beneficiarios HMO en comparación con aquellos enrolados en planes con honorario por servicio, para una amplia gama de condiciones, enfermedades e intervenciones (Miller & Luft, 1994).

## **La búsqueda de mayor capacidad explicativa: Ampliación del enfoque teórico**

La multiplicidad de enfoques y las dificultades para sistematizarlos dan cuenta de la complejidad de situaciones, que escapan a todo intento de formulación de juicios simplificadoros. También de los límites de las herramientas conceptuales disponibles. Con posterioridad, ya en épocas más cercanas, la evaluación de estas formas alternativas de organización y su potencialidad para brindar atención apropiada a precios accesibles se apropió de un cuerpo teórico conceptual proveniente de diferentes disciplinas. De este modo se colocaron en el centro del debate algunas cuestiones que escapan a la evaluación de calidad, utilización y/o acceso y se alimentan con los desarrollos de las ciencias de la conducta, como sucede con el problema de los incentivos. En paralelo, la cuestión de los costos pasa a ser abordada a partir de las formas organizativas y de este modo su problematización se inscribe en avances de nuevas teorías económicas como las vinculadas a la economía de los costos de transacción.

### *La cuestión de los incentivos*

Aunque en el interior de las ciencias sociales existe una preocupación sostenida por el estudio de la conducta humana —enriquecida en los últimos años por el interés en la subjetividad, la construcción de identidades y las teorías de la acción— los científicos políticos y los analistas se muestran a menudo prudentes cuando se trata de definir políticas o estrategias de gestión basadas en la posibilidad de orientar las elecciones de los individuos en determinados ambientes. Es posible también que se muestren bastante prudentes cuando se trata de otorgar confianza a los incentivos financieros.

Esto es al menos lo que señala Stoddart (1989), a la par que indica que este tipo de cautela se encuentra raramente entre los economistas. Asocia este diferente posicionamiento con las características particulares del contexto institucional específico donde se desarrolla buena parte del pensamiento económico. En la dinámica del mercado, la idea de una construcción del orden social a partir de una pluralidad de individuos actuando en función de su propio interés tendría una autoridad teórica incuestionable.

Conforme con la conceptualización bastante difundida, un incentivo es un inductor de acción: el estímulo en un mecanismo estímulo-respuesta. Proporcionar un incentivo es estimular la acción o la conducta en una dirección particular en lugar de la inacción o conducta que de otro modo hubiera tomado una dirección diferente. Esto se logra convirtiendo en el mejor interés del actor el comportamiento que se desea obtener. Los incentivos están claramente orientados a afectar la percepción del actor de lo que es mejor o peor, en formas materiales o intangibles, sobre alguna base de satisfacción, confort, utilidad o bienestar.

Los incentivos pueden ser *positivos* o *negativos*, recompensando (estimulando o permitiendo) o castigando (desalentando o limitando) determinada conducta, y podrían ser generados en formas diferentes de las que los economistas normalmente imaginan, a través de normas sociales o los puntos de vista de pares o amigos, así como a través de mercados, legislación u otros arreglos institucionales que afectan o gobiernan la conducta. En este sentido, en la gestión de servicios de salud, los incentivos son crecientemente pensados como nuevos mecanismos de regulación de la práctica médica. De ese modo, no solo modificarían la conducta del personal de salud frente a casos concretos, sino que podrían llegar a conformar un diferente estilo de práctica.

Los incentivos pueden ser financieros o no financieros. La literatura económica está repleta con estudios de los primeros (siendo los cobros al usuario y los métodos de reembolso los principales ejemplos). Aunque las elasticidades de respuesta a los incentivos financieros pueden variar y lo hacen considerablemente dependiendo de la importancia del incentivo, la conducta que se focaliza y el contexto institucional, la mayoría de los analistas probablemente acuerde con la afirmación general que los incentivos *operan*, es decir, cambian la conducta. Lo que se cuestiona más frecuentemente no es la existencia de efectos provocados por incentivos sino el carácter deseable o no deseable de determinados efectos.

En los sistemas de salud, el proceso de reforma de las modalidades de regulación, financiación y provisión de servicios ha estimulado el debate sobre la utilización

de incentivos de diferente tipo. En realidad, como señala el mismo Stoddart, sería más adecuado decir que la reflexión gira fundamentalmente en torno de la idea de cambiar los incentivos presentes en algunas formas de organización. El ejemplo más trillado, estrechamente asociado a la difusión del *managed care*, es la preocupación en torno de los incentivos sobre la conducta de los profesionales que están presentes en las diferentes formas utilizadas para remunerar su trabajo. En el mismo espacio se expresa la inquietud por las distorsiones que puede generar en el sistema de servicios la diferente percepción de intereses que pueda verificarse entre pacientes, proveedores y terceros pagadores.

De este modo, la preocupación por el diseño de incentivos destinados a controlar costos se asocia inevitablemente en el debate sectorial al análisis del posicionamiento de los diferentes agentes en el mercado de servicios. Es decir, el problema deja de asociarse a la conducta de individuos realizando transacciones puntuales en un determinado mercado y se centra en el análisis de las relaciones construidas entre agentes que ocupan diferentes posiciones en el interior de un sistema.

Por ese camino, el análisis de los incentivos se inicia generalmente a partir de una determinada concepción del sistema de servicios. Gerritse & Vrancken (1989), por ejemplo, en el trabajo ya citado, caracterizan la atención médica como un intrincado sistema de elección individual y colectiva. En el interior de una compleja trama institucional, las conductas de proveedores y consumidores tienen influencia importante en el acceso, la utilización, la calidad y el costo de la atención médica. Los efectos de incentivos que procuran estimular o desestimular determinadas conductas en áreas críticas, tales como la utilización de copagos, los mecanismos de reembolso a los médicos, la presupuestación de hospitales o las modalidades del sistema de seguro, son algunas de las cuestiones sobre las que se aboca gran parte de la investigación económica y el debate público sobre el futuro de la atención médica y las posibles políticas destinadas a fortalecer determinados objetivos socialmente definidos.

En opinión de estos autores, pese a la existencia en la literatura internacional de una siempre creciente masa de especulación sobre las características y determinantes de la conducta del proveedor médico, hay realmente muy poca teoría coherente sobre el tema y poca evidencia empírica convincente para sostener hipótesis claras y no ambiguas sobre la naturaleza y efectos de la conducta del proveedor.

Con el objeto de avanzar en alguna conceptualización, Gerritse & Vrancken enfatizan los niveles de incertidumbre necesariamente presentes en la demanda por atención médica. Se trataría en lo fundamental de una demanda no específica, orientada a obtener información y ayuda y atención pura y simple, fácilmente orientada por ansiedades. Esa incertidumbre, a su criterio, invalida los intentos de vincular la demanda que explicita el paciente en forma directa con el consumo resultante de servicios de salud específicos. Prefieren en cambio hablar de un *vínculo perdido* en el análisis de la conducta del consumidor de atención médica, vínculo que debe buscarse en la conducta del *único sujeto económico* en condiciones de restaurar la salud demandada en forma inespecífica por ese consumidor, definiendo las cantidades y calidades de producto que para ello se requieren: “El único agente que está en condiciones de reevaluar las incertidumbres del consumidor (subjetivas) en

términos de riesgos (objetivos): es decir, el proveedor de servicios médicos” (Gerritse & Vrancken, 1989, p. 33).

La demanda de atención médica estaría, por consiguiente, fundamentalmente *anidada* en la oferta. Toda la utilización de atención médica sería así básicamente inducida por la oferta.

En ese contexto, puede esperarse que los proveedores de atención médica tiendan a articular la demanda con las opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles, de modo que el límite efectivo para el uso de atención médica esté definido por el monto de los recursos a disposición. No es necesario suponer que incentivos indeseables, o incluso perversos o no éticos, del proveedor (tal vez las consideraciones de ingreso del médico) orientan la oferta hacia los límites de su capacidad. Sería suficiente tener una indeterminada demanda del consumidor, en situaciones que afectan su actividad y calidad de vida, y proveedores actuando como perfectos canalizadores de preferencias, es decir, médicos verdaderamente comprometidos con lo que consideran el bienestar de sus pacientes, para convertir la economía de la atención médica en una *economía de escasez*.

En las últimas décadas, la preocupación por la contención de costos ha trasladado el énfasis desde la conducta del paciente a la del proveedor de servicios. Culyer (1989), por ejemplo, se sorprende al constatar que la mayor cantidad de recursos e investigación empírica en torno del problema de los incentivos se ha orientado hacia un espacio que considera irrelevante: la respuesta del consumidor a copagos. La afirmación cobra sentido precisamente por la baja elasticidad que demostraron los estudios que se volcaron sobre ese tema. Según este autor, las respuestas ante diferentes incentivos verificables en la conducta de otros agentes no han sido analizadas y medidas con igual interés: las de los médicos respecto de los cambios en presupuestos, o en honorarios, o cambios de honorarios por servicio a capitación o salario; la de los gerentes respecto de cambios en sus responsabilidades y su autoridad sobre los médicos; la introducción de revisión de desempeño y pago relacionado con desempeño; los cambios que llevan a determinadas categorías profesionales a dejar de actuar como meros administradores y comenzar a desarrollar funciones de gestión; la respuesta de las industrias de insumos respecto a los arreglos de compra monopsonía y otras medidas reguladoras; la de los políticos y gestores del servicio central y planificadores en el más alto nivel frente a cambios en sus funciones y en la opinión pública. En particular este último grupo, que Culyer considera crucial, conformaría una caja vacía desde el punto de vista de la investigación.

A nivel del debate teórico también es frecuente encontrar reservas ante el énfasis colocado en los incentivos financieros, descartando lecturas lineales sobre posibles móviles orientadores de acción individual. Stoddart (1989), por ejemplo, subraya que la conducta autointeresada no siempre se vincula directamente con el ingreso. El médico que sigue un *ethos* que lo impulsa a la provisión de servicios hasta que el beneficio marginal esperado es cero; el administrador hospitalario que es relictante a reducir sus instalaciones y perder prestigio; el planificador que aprueba un nuevo programa en respuesta a intenso *lobby* por parte de un grupo poderoso aun sabiendo que es de dudoso valor, están todos actuando racionalmente tanto en el mundo de



los economistas como en el suyo propio, sean o no más ricos como resultado de sus decisiones. Estas, sin embargo, no incrementarían la eficiencia del sistema.

En otras lecturas no se cuestiona la focalización sobre incentivos económicos, aunque se considere indispensable evaluar su adecuación a determinados resultados. Egdalh & Tait (1986) registran en dos niveles este tipo de evaluaciones: resultados clínicos y resultados acordes a prioridades socialmente definidas. Colocan el centro de la cuestión en el desarrollo de métodos con capacidad de identificar situaciones de tratamiento insuficiente y en aquellos escenarios que proporcionen más oportunidades para la provisión de una atención de calidad inferior a los estándares generalizadamente aceptados. El argumento se ubica en torno de la definición del principal objetivo propuesto por los planificadores ocupados en la reforma de la atención médica: la difícil tarea de definir formas organizativas capaces de articular eficiencia y calidad.

### *Incentivos y managed care*

La problematización de los incentivos financieros conduce directamente a las organizaciones de *managed care*, cuya característica es precisamente la focalización en incentivos destinados a hacer más eficiente la conducta del proveedor de atención, proponiéndole estímulos para equilibrar su práctica con los recursos disponibles para remunerarla (Levinson, 1987).

En una HMO típica el asegurador divide las primas recibidas de los beneficiarios en varios fondos de propósito especial: para pagar los servicios de los médicos de atención primaria; aquellos de especialistas y hospitales, los aplicados a pruebas de laboratorio en ambulatorio. Esta definición de fondos, llamados de referencia, significa un tope a la posibilidad de gasto en cada conjunto de prácticas para un determinado período (Hillman *et al.*, 1989).

Un porcentaje del pago destinado a médicos de atención primaria es a menudo retenido hasta el fin del ejercicio, cuando la condición de los fondos de referencia esté determinada. El monto retenido es devuelto a los médicos si hay excedente o el resultado es equilibrado, es decir, si sus prácticas de prescripción han sido prudentes, de manera de no generar déficit.

Los médicos de atención primaria que gastan por encima de lo esperado pueden incurrir en penalidades y, a la inversa, los excedentes devengados en los fondos pueden ser utilizados para crear bonos otorgados en forma individual a los profesionales que han producido menores niveles de gasto. Estas penalidades y recompensas pueden estar basados en el registro del médico individual o sobre el de un conjunto de proveedores, existiendo muchas variaciones en este modelo básico.

Las variables definidas por Hillman y colaboradores para operacionalizar un estudio sobre incentivos financieros son las siguientes:

- Capitación: un método de pago por el cual el médico recibe un honorario periódico por cada enrolado a quien debe cubrir toda la atención requerida;

- Salario: un método de pago por el cual el médico es remunerado a una tasa constante sobre una base regular;
- Retención (*withhold*): un porcentaje del pago del médico que es retenido en función de un déficit potencial en los fondos de referencia;
- Bono: se comparte con el médico un superávit en los fondos de referencia;
- Bono basado en productividad: un pago extra para el médico que se basa en parte en una medida de productividad;
- Riesgos más allá de la retención (fondo para especialistas): riesgo financiero asumido por el médico que está sujeto a retención en el caso de un déficit en el fondo de referencia de especialistas por encima de la pérdida de los fondos retenidos;
- Riesgos más allá de la retención (fondos para hospitales): igual que el anterior pero aplicado a hospitales;
- Riesgo individual: riesgo asumido por el médico en ocasión de un déficit en el fondo de referencia, calculado sobre la base del desempeño individual;
- Riesgo auxiliar: riesgo asumido por el médico cuando el pago por pruebas auxiliares en ambulatorio es hecho con fondos de otro modo destinados a pagar al médico;
- Riesgo de especialistas: riesgo asumido por especialistas de modo de participar en la estructura del bono de riesgo.

Los incentivos financieros no son, sin embargo, patrimonio exclusivo de las OMC. A medida que la creciente conciencia de costos entre aseguradores y administradores pone bajo la mira la práctica hospitalaria, comienzan a diseñarse incentivos para estimular cambios en determinados procesos de trabajo. Pueden mencionarse algunos ejemplos: a comienzos de 1982 Blue Cross/Blue Shield de Carolina del Norte ofreció bonos de honorarios adicionales de un 25% a cirujanos que practicaran en su consultorio algún procedimiento de un listado de 88. Poco más tarde Blue Shield de Massachusetts instituyó un programa piloto por el cual los obstetras reciben mejor pago si sus pacientes tienen estadias de menor duración (Egdalh & Taft, 1986). La mayor repercusión en este tipo de reforma de las modalidades de pago correspondió sin duda a la introducción de los DRG (Diagnostic Related Groups) en el programa Medicare en EEUU (Iglehart, 1983, 1986; Smits & Watson, 1984; Jenks & Dobson, 1985; Chassin, 1986; Feder *et al.*, 1987).

Un plus de impacto en la eficiencia del sistema se produce cuando el incentivo no apunta a estimular la utilización de menor número de visitas o la economía en la prescripción de prácticas y procura en cambio modificar determinados procesos de trabajo o desarrollar instalaciones más costo-efectivas para realizarlos. En el sistema Kaiser, por ejemplo, se estimula la aplicación en ambulatorio de terapia intravenosa destinada a cáncer, tratamientos vinculados a nutrición, control del dolor, etcétera; en paralelo, el desarrollo de una unidad de emergencia permite reducir la internación de personas con dificultades respiratorias, sospecha de daño cerebral, gastroenteritis y otras condiciones agudas; también se han introducido cambios en las condiciones en que se realizan determinadas prácticas (Hornbrook & Berki, 1985).

## *La economía de los costos de transacción*

Como ya se planteó en el capítulo anterior, los desarrollos de la teoría de los costos de transacción han sido utilizados por diferentes autores para construir hipótesis sobre mayor o menor eficiencia de diferentes formas de organización de los servicios de atención médica.

En la perspectiva elaborada originariamente por Coase, la incorporación de la firma como forma de coordinación alternativa al mercado se debió a una constatación sencilla: el recurso al mercado y la consiguiente coordinación de la actividad económica a través de los precios, entraña costos. La coordinación administrativa en el interior de la firma se impone en la medida en que permite hacer economía de esos costos. Los costos de mercado —costos de transacción— se diferencian de los costos de producción; incluyen los costos de descubrimiento de los precios adecuados y los costos de negociación y conclusión de contratos separados para cada transacción. La firma aparece cuando la relación entre los agentes no toma ya la forma de contratos de corto plazo, sino que se imponen relaciones de largo plazo para ciertas transacciones (Coriat & Weinstein, 1995).

Williamson, por su parte, coloca dos hipótesis de comportamiento en la base de la economía de los costos de transacción: relativas a la capacidad cognitiva de los individuos, la primera; y a su modo de búsqueda de ventajas personales, la segunda. Conforme a la primera, en condiciones de racionalidad limitada por déficit de información, los contratos serán inevitablemente incompletos. Tales condiciones de incompletud abren la posibilidad de conductas oportunistas por parte de determinados agentes.

La posibilidad de controlar ese riesgo estimula la búsqueda de diferentes grados de integración. Si esto ocurre, las partes pueden monitorearse mejor una a la otra, así como eliminar intereses contrapuestos. La forma institucional resultante es llamada una estructura de gobernación en el léxico de la economía de costos de transacción.

Otras características de las transacciones identificadas por Williamson como incentivos para la obtención de mayor eficiencia a partir de la integración de diferentes actividades en una sola empresa serían la especificidad de los activos, la incertidumbre y la frecuencia de los contactos. Estas condiciones cambian radicalmente la naturaleza de las relaciones entre agentes: la transacción no puede ya ser ni anónima ni puramente instantánea. Se crea un vínculo duradero de dependencia entre las partes que conduce a una serie de problemas en cuanto a la organización de sus relaciones: control de los comportamientos y del respeto de los compromisos, definición de las reglas de distribución de los beneficios resultantes de la cooperación que se desarrolla entre ellas.

En estos casos donde los costos asociados a las transacciones son percibidos como limitaciones claras a la eficiencia, la ventaja de la integración vertical radica en permitir una adaptación continua de las relaciones entre las partes, sin las limitaciones propias de la renegociación de un acuerdo.

## *La aplicación de nuevos referentes teóricos a organizaciones de atención médica*

Como también adelanté en el capítulo dedicado a los problemas de regulación, James Robinson (1997) analiza las organizaciones de atención médica bajo esta perspectiva, señalando estrategias tendientes a la integración por parte de médicos y hospitales que han tomado la iniciativa de poner en marcha nuevas y más coordinadas formas organizativas bajo presión de la competencia en el mercado. Las relaciones *at arm's length* del tipo taller del doctor, estarían, según su criterio, cediendo lugar a sistemas de provisión integrados y redes contractuales de provisión. En un artículo reciente analiza el cambio organizativo a través de los conceptos de la economía institucional, que define con amplitud incorporando la teoría de la agencia, la economía de los costos de transacción y las visiones de capacidades dinámicas de la firma. Estas tramas teóricas permiten analizar tres diferentes funciones de organización bajo atención administrada: coordinación, gobernación e innovación.

La tarea que Robinson propone es utilizar estas herramientas conceptuales para discriminar las ventajas comparativas de la propiedad unificada y las redes contractuales de servicios de salud, respectivamente. Con el objeto de fundar su argumento nos proporciona una visión histórica de la evolución de las instituciones del sector en la que procura introducir las causas del agotamiento de sus funciones reguladoras.

La forma dominante a comienzos del siglo XX es identificada como el *taller del doctor* (*doctor workshop*). Se trata de una modalidad de organización según la cual los médicos usan las instalaciones hospitalarias sin que haya propiedad unificada ni contratos formales entre ambos; modalidad que estaría sucumbiendo rápidamente al crecimiento del *managed care* y siendo progresivamente reemplazada por estructuras más estrechamente coordinadas. Dos alternativas parecen imponerse: una sería la integración vertical y la propiedad unificada entre el hospital y la práctica médica, y aquí hablaríamos de un sistema de provisión integrado; la otra utiliza complejos vínculos contractuales e integración virtual para coordinar actividades de médicos y hospitales y puede ser identificada como red contractual.

La primera propuesta analítica presentada por Robinson es sistematizar las diferencias estructurales clave entre el taller del doctor, el sistema de provisión integrado y la red contractual.

### *El taller del doctor*

En la forma de organización tradicional, las relaciones entre médicos y hospitales han sido de autonomía formal. Los médicos son propietarios de sus prácticas y no empleados del hospital. El hospital ha sido propiedad de una organización sin fines de lucro o de una empresa con fines de lucro, pero estos derechos de propiedad no significan relaciones de trabajo en dependencia por parte de sus médicos. De ello resulta una estructura de autoridad dual que se manifiesta en una estructura de pago

de las mismas características: el hospital y los médicos facturan separadamente por los servicios que cada uno proporciona al paciente hospitalario.

Sin embargo, existiría consenso entre los especialistas de que el verdadero control del hospital de comunidad descansa sobre los médicos. Los hospitales necesitan atraer pacientes que paguen honorarios y, para recibirlos, han dependido de las decisiones médicas. Cualquier intento de la administración del hospital por imponer disciplina financiera ha tropezado con oposición organizada del equipo médico y por cambios en las admisiones de pacientes a instituciones en competencia. La separación formal entre propiedad y control en el taller del doctor permite que los médicos utilicen las instalaciones de la institución, el capital y el personal del mismo modo que lo harían si fueran propietarios, pero sin pagar el costo.

En el análisis de Robinson, el taller del doctor contiene la semilla de su propia muerte. En la experiencia histórica de EEUU el principio del cambio se ubica con la aprobación de los programas Medicare y Medicaid. Estas iniciativas federales volcaron una masa importante de recursos financieros al sistema de atención, los hospitales compitieron por afiliaciones médicas y consiguientes internaciones de pacientes. Esto supuso la aceptación de las demandas de los profesionales por nuevo equipamiento de capital, el desarrollo de una excesiva capacidad de camas y una actitud general de deferencia.

La resultante espiral de aumento de la utilización, intensidad del cuidado provisto y consiguiente gasto conduce a un movimiento defensivo de los pagadores hacia el *managed care*. En este punto se produce el cambio que señalaría la muerte del taller del doctor: son los planes de salud más que los médicos individuales los que se apropian de la capacidad de derivar pacientes a los hospitales. Estos han dejado de competir por afiliaciones médicas sobre la base de tecnología y confort, y se ven obligados a competir por contratos de *managed care* sobre la base de precios y servicios. Para mejorar sus condiciones de competencia muchos han optado por diferentes modalidades de integración con otros proveedores y también con mecanismos de seguro.

### *El sistema de provisión integrado*

El sistema de provisión integrado (Integrated Delivery System, IDS) combina a médicos y hospitales en una organización verticalmente integrada con una única estructura de propiedad y una sola cadena de autoridad. En este tipo de sistema, los médicos reciben a todos sus pacientes a través de la organización. El IDS puede invertir directamente en la mejora de los servicios médicos y desarrollar una cultura de cooperación. Puede negociar con pagadores por contratos de capitación globales, cubrir el espectro completo de atención de internación, ambulatoria, subaguda y domiciliaria, y por consiguiente posicionarse a sí mismo como el centro del sistema de provisión de *managed care*.

El sistema de provisión integrado debería ofrecer ventajas claras sobre el taller del doctor en un ambiente de competencia de precios y capitación. Sin embargo, las

experiencias han sido mixtas. La explicación usual para las limitaciones observadas en estos sistemas es que deben luchar con una herencia de capacidad hospitalaria excesiva, un exceso de especialistas y un déficit de médicos de atención primaria. Otros análisis ubican la debilidad del IDS en su estructura de autoridad de tipo jerárquico.

### *La red contractual*

El tercer modelo teórico propuesto por Robinson, la red contractual (VIDS, Virtually Integrated Delivery System), se centra en torno del grupo de base de atención primaria, que asume una responsabilidad contractual de gestión de la atención de internación, así como de la ambulatoria sin pertenecer a un sistema hospitalario. Médicos y hospitales están virtualmente integrados a través de relaciones contractuales en lugar de integrados verticalmente a través de propiedad unificada.

En este modelo, médicos y hospitales son autónomos en su organización y sin embargo interdependientes frente a la financiación. Los médicos son miembros de un grupo médico estrechamente estructurado, que negocia arreglos contractuales detallados con los hospitales para atención de internación y servicios auxiliares. Los planes de salud pagan a los grupos médicos sobre una base capitada por servicios profesionales, que en algunos casos incluye servicios hospitalarios. El hospital es en este caso subcontratante del grupo médico.

Los principales rasgos asociados a estos sistemas virtualmente integrados, que permiten comprender el tipo de relaciones entre médicos y hospitales que se generan en ellos, son la interdependencia financiera que surge de los pagos de capitación y la independencia organizativa permitida por los vínculos contractuales. Con esta combinación de cultura clínica para el grupo médico y recursos de capital de la compañía de gestión, la red integrada virtualmente sería un competidor formidable para el IDS integrado en forma vertical. Puede licitar exitosamente con contratos de capitación ante pagadores y obliga a los hospitales a aceptar subcontratos por servicios de internación. Puede negarse a subsidiar la escasa disposición del sistema hospitalario para reducir su capacidad excesiva. Puede dirigir referencias a un panel cerrado de especialistas, que están seleccionados sobre la base de eficiencia y lealtad, y no necesitan apoyo del resto del equipo médico del hospital.

La economía de los costos de transacción ofrece una alternativa conceptual para el paradigma neoclásico de conducta institucional, por su énfasis sobre los beneficios de eficiencia en el diseño de las relaciones contractuales óptimas. Sin embargo, como el mismo Robinson señala, tales ganancias de eficiencia están limitadas por los diferentes mecanismos reguladores que operan en las organizaciones de atención médica. Estas organizaciones a menudo internalizan elementos políticos y culturales que pueden llegar a predominar sobre posibles ganancias en eficiencia. Incorporando en el análisis la naturaleza específica de los marcos reguladores comprometidos, la economía de los costos de transacción proporciona una trama integradora en la cual analizar la necesaria compatibilización entre eficiencia económica y otros

objetivos institucionales y/o sociales (Banks, 1997). Este tipo de reflexión constituye un buen punto de partida para abordar la cuestión de la integración de los esfuerzos de compradores y vendedores en el mercado de atención médica.

## **Transformaciones recientes en las organizaciones de *managed care*: Las tendencias a la integración**

Intentaré presentar en este apartado algunas de las innovaciones organizativas que se están produciendo en el sistema de servicios estadounidense como consecuencia de estímulos de diferente origen que han operado de manera constante en las últimas décadas: la preocupación por los costos, el interés de aseguradores y empleadores por tener algún control sobre la oferta de servicios, los cambios producidos en la financiación de Medicare, el desarrollo tecnológico que permite el traslado de determinadas prácticas a instalaciones ambulatorias, el cierre de camas hospitalarias por razones vinculadas a la contracción del número y duración de las internaciones, el surgimiento de nuevas formas de organización de la demanda y la difusión de las organizaciones de *managed care*.

La tarea de organización del material en base a alguna hipótesis de trabajo se hace compleja, ya que no pueden adjudicarse los cambios a una sola de estas causas y sería en exceso audaz construir hipótesis sobre una realidad lejana y poco conocida. Por lo tanto, me limito en lo que sigue a diferenciar temáticamente algunas de esas transformaciones, verificables en prácticamente la totalidad de las relaciones establecidas en el sistema: la innovación introducida a partir de la conformación de alianzas de compradores, los nuevos vínculos entre proveedores hospitalarios y entre estos y su *staff* profesional; la tendencia de estos últimos a la integración en grupos de práctica o bien a vincular los grupos de práctica ya conformados con instalaciones de mayor complejidad; las nuevas formas de integración/contratación establecidas entre proveedores y aseguradores; las nuevas formas contractuales entre aseguradores, hospitales y médicos individuales. Podría adelantarse sin embargo una constante: pese a la multiplicidad de formas institucionales en desarrollo, todas parecen estar orientadas hacia algún tipo de integración.

La reflexión sobre contratos incompletos, asimetría de información, conductas oportunistas se convierte en un insumo indispensable para las organizaciones de atención médica a medida que se generalizan los cuestionamientos a las modalidades tradicionales de seguro y las formas de pago por servicio, y las formas organizativas propias del *managed care* comienzan a difundirse.

La mayor parte de la bibliografía sobre nuevas modalidades de integración en el mercado de atención médica se orienta al análisis de las organizaciones en red desarrolladas por los proveedores, que pueden incluir o no la presencia de una entidad financiadora como parte de los activos en común. Sin embargo, entre las innovaciones presentes en el mercado estadounidense, es indispensable registrar también



los acuerdos entre compradores —alianzas o consorcios— que pueden igualmente inscribirse en el registro teórico de la economía de los costos de transacción.

### *La formación de alianzas o consorcios*

La formación de alianzas o consorcios de compra, destinados a reducir los costos de información y negociación presentes en la compra de cobertura de atención médica, particularmente en el caso de pequeños empleadores o individuos aislados, conformó una de las propuestas de reforma incluidas en el Plan Clinton. Desarrollaré ese debate más adelante; en este capítulo me limitaré a reseñar algunas experiencias en marcha.

La idea de valorizar el rol del comprador —relativamente novedosa en un esquema conceptual que solo diferenciaba en el mercado de atención médica los roles de financiadores y proveedores— se asocia de manera directa con la perspectiva que defiende una competencia regulada (o gerenciada) en el interior de los sistemas de servicios. Parte de las nuevas modalidades de regulación del mercado se encomiendan a los compradores, nuevos agentes que actuarían en interés, no solo de beneficiarios y pacientes, sino también de los empleadores preocupados por obtener el mayor valor de los recursos canalizados a garantizar la cobertura de atención médica de su personal.

Aunque la figura del comprador ingresó plenamente al debate de la reforma de la atención médica en función de la introducción de condiciones de mercado interno en el National Health Service a partir de la reforma Thatcher (Akehurst & Ferguson, 1996; Dummond & Maynar, 1996; Hutton, 1996), algunas experiencias puntuales en los EEUU ya se orientaban también en esa dirección. Es necesario aclarar que la expresión suele ser utilizada para definir un nuevo rol adjudicado a las entidades financiadoras —de hecho, esa es la referencia implícita en la diferenciación de sistemas anteriormente integrados— intentando modificar su actitud tradicional de pasividad frente a las condiciones de práctica definidas por los proveedores. En este punto, sin embargo, introduciré el concepto en función de las alianzas entre agentes —privados o estatales— interesados en mejorar sus condiciones de compra de atención médica.

Las iniciativas en la formación de consorcios o alianzas pueden haber surgido en función de la preocupación de los empleadores por la escalada de costos de la atención médica. A medida que la cobertura de seguro se hacía más restrictiva, los empleadores comenzaron a preocuparse por conocer mejor las opciones de plan. Un porcentaje importante de las grandes empresas decidió asumir en forma directa la cobertura de atención médica de su personal, en algunos casos tomando a su cargo la gestión, en otros contratándola a terceros.

Cuando los empleadores asumen el riesgo financiero asociado a la atención de salud de sus empleados se ven estimulados a focalizar en atención preventiva, procurar una estrecha relación de trabajo entre hospitales y médicos, exigir sistemas de información mejor integrados que puedan seguir a un paciente en forma

longitudinal a través de los lugares de práctica y medir los resultados de la atención, y, por último, involucrarse en una efectiva gestión de casos y la adopción de lineamientos para la práctica (Federa & Camp, 1994). También puede incrementarse la importancia otorgada a los servicios al consumidor y el mantenimiento de la satisfacción del paciente.

Dado que solo los muy grandes empleadores están en condiciones de generar suficiente volumen de compra como para disponer de una buena capacidad de mercado, existe un estímulo para formalizar acuerdos recíprocos a través de alianzas de compra, respaldadas por coaliciones de empresas<sup>6</sup>.

Aunque empresarios medianos y pequeños suelen unirse a estas coaliciones, son los grandes empleadores los que proporcionan el mercado y el liderazgo para que sean exitosas. Un notable ejemplo de este tipo de alianza es la Greater Cleveland Health Quality Choice Coalition, que utiliza como *slogan* el concepto *comprar correctamente (buy right)*, proponiéndose como meta canalizar pacientes a los proveedores de mayor calidad, que proporcionan el mejor valor para la atención proporcionada, y no necesariamente el más bajo precio. Esta asociación de grandes y pequeños empleadores, hospitales y médicos puso en marcha a comienzos de la década de 1990 un proyecto destinado a recoger información sobre calidad de la atención médica. Un estudio realizado entre los hospitales del área de influencia construyó un rango sobre treinta y uno de ellos, según satisfacción general del paciente con el sistema hospitalario y el desempeño en servicios generales y quirúrgicos y cuidado intensivo. El resultado del análisis permite categorizar el desempeño como alto, bajo, o a los niveles predeterminados, según tasas de muerte y duración de la estadía ajustada por gravedad de la enfermedad (Federa & Camp, 1994). Muchos empleadores también evalúan ciertas áreas especializadas, tales como atención cardíaca, maternidad, trasplantes, salud mental y abuso de sustancias. Se trata en general de servicios de alto costo o gran volumen que, si son gestionados por proveedores con experiencia, pueden proporcionar mayor calidad de atención a menor costo por unidad (Federa & Camp, 1994).

Iglehart (1992), por su parte, describe la experiencia puesta en marcha por catorce compañías de Minneapolis, que convocaron a un consorcio de instituciones de salud a las cuales responsabilizarían por la atención de sus más de 125.000 empleados y dependientes. El consorcio finalmente integrado incluye la Clínica Mayo, grupos de salud y una HMO local. El otro finalista fue el plan Blue Shield y Blue Cross de Minnesota. Aunque el poder de compra de la coalición de empresas sirvió como el principal catalítico para la formación del consorcio, la colaboración giró en parte sobre un nuevo esfuerzo para recompensar a los proveedores por la calidad de la atención que proporcionaban. El consorcio, a través del establecimiento de un órgano de gestión, desarrolló normas para la práctica dirigidas a reducir la variación en los estándares y a eliminar la atención innecesaria. Las evaluaciones de calidad se basan ampliamente en el estatus general de salud de los miembros y en la satisfacción del

---

<sup>6</sup> Sobre el mercado de seguro para pequeños grupos ver Hall, 1992.

paciente, más que sobre tasas de muerte y complicaciones, que son habitualmente utilizadas para ranquear hospitales.

Los consorcios de compradores no se limitan, sin embargo, a la iniciativa empresarial. Algunos estados han avanzado efectivamente en la regulación de sus mercados de atención médica anticipándose a la demorada reforma federal. Podría afirmarse que la necesidad de la regulación ha sido más apremiante en algunos Estados que en otros. Cuando un Estado experimenta economías más ajustadas, un mayor número de no asegurados y subasegurados y el incremento de las poblaciones de mayor edad, la reforma se hace más urgente. Florida, por ejemplo, decidió no esperar por la reforma nacional de la atención médica discutida en los primeros años de la administración Clinton y aprobó su propia Health Care and Insurance Reform Act en 1993 (Iglehart, 1994; Hackey, 1994).

Esta ley tiene muchos de los elementos del modelo de *managed competition*, suscripto por la administración Clinton y otras propuestas de reforma. Las pequeñas empresas, los pobres que trabajan en empleos informales, los trabajadores del Estado y los beneficiarios Medicaid son reunidos como *pools* de compra independientes en once alianzas de compra comunitarias regionales (Community Health Purchasing Alliances, CHPA). Las CHPA recogen datos sobre utilización y resultados y dirigen sus beneficiarios a las redes de proveedores-aseguradores más costo-efectivas y responsables. Aunque la CHPA incluye también opciones de seguro por indemnización, los planes con foco en *managed care* están mejor posicionados por sus formas de organización y aplican los incentivos económicos adecuados para ganar más beneficiarios (Federa & Camp, 1994).

### *La conformación de redes de proveedores*

La necesidad de contratar servicios integrales para una determinada población a partir de un convenio capitado ha estimulado entre los proveedores una tendencia al desarrollo de modalidades de organización integradas que se expresa en general en la conformación de redes. Este proceso, que ya ha sido presentado a partir de la interpretación teórica formulada por Robinson, se desarrollara en este punto focalizando en experiencias concretas.

La formalización de estos acuerdos tiene diferentes orígenes y asume diferentes modalidades organizativas. Los hospitales comenzaron a formalizar vínculos con sus profesionales a través de la formulación de contratos conjuntos y el desarrollo o la adquisición de prácticas de grupo. Suelen también vincularse con otros proveedores hospitalarios o no hospitalarios para ofrecer un más amplio *continuum* de servicios y mejor coordinación de su actividad. Los médicos se unen en prácticas de grupo o se transforman en empleados de organizaciones de *managed care* para ganar seguridad, acceso a capital, garantías de referencias, diferencias en estilo de vida y disminución de la carga administrativa.

La multiplicidad de opciones se transforma en la regla. En un trabajo reciente Enthoven identifica al menos siete formas de integración:

1. entre responsabilidad financiera y provisión;
2. entre proveedores y poblaciones (estas dos primeras específicas del modelo originario HMO);
3. del espectro completo de los servicios de atención médica;
4. de médicos entre sí y con otros profesionales de salud;
5. entre médicos y hospitales;
6. integración horizontal entre hospitales y
7. la producción y difusión integrada de la información sobre pacientes (modalidad de integración a la que adjudica mayores posibilidades de transformación del sistema) (Enthoven, 1997).

Otros autores enfatizan las exigencias que los cambios en las modalidades de financiación y provisión de atención médica han colocado sobre los hospitales. Shortell y sus colaboradores (1995), por ejemplo, vinculan la necesidad de adecuación con las transformaciones impulsadas por tres generaciones de organizaciones de *managed care* en sus relaciones con los hospitales. Las iniciativas de primera generación habrían descansado sobre descuentos de precios, una segunda generación se habría apoyado sobre formas más estrictas de gestión de utilización, y la más reciente tercera generación de modelos de *managed care* se caracterizaría por pagos capitados que trasladan a los proveedores el riesgo financiero de la atención de las poblaciones beneficiarias. Estos autores señalan que para algunos hospitales la cifra de pagos capitados se acerca al 20% del ingreso y existen grupos médicos para los cuales la capitación representa actualmente más del 50% del ingreso. Datos recientes permiten diferenciar: a) los modelos de primera generación, asociados con internaciones hospitalarias de aproximadamente 450 días por mil beneficiarios; b) modelos de segunda generación, con tasas de uso de 300 días por mil; y c) modelos de tercera generación con tasas de aproximadamente 175 días por mil.

Como resultado de los incentivos presentes en las nuevas formas de remuneración, muchos proveedores definen nuevas normas para los procesos clínicos de modo que los pacientes sean tratados en el punto más apropiado del *continuum* de atención, donde se agrega el mayor valor. En la mayoría de los casos, este punto está ubicado fuera del hospital. En consecuencia, algunos hospitales enfrentaron a partir de la década de 1980 un exceso de capacidad de camas de más de un 50%, viéndose obligados a una significativa reducción de instalaciones y personal.

Los cambios que obligan al hospital a abandonar su carácter de eje de la provisión de atención médica son también reforzados por avances en tecnología que permiten la provisión de más atención en instalaciones alternativas. Por ejemplo, se estima que un 98% de los encuentros médicos se produce en instalaciones no hospitalarias, y la cirugía ambulatoria llega al 70% del total de los procedimientos quirúrgicos. Los consumidores favorecen en forma creciente la atención ambulatoria y primaria, así como la atención en el hogar y la atención en instalaciones intermedias.

El resultado neto es que los hospitales están siendo reemplazados por organizaciones que pueden proporcionar servicios de atención primaria, promoción de la salud y atención de las enfermedades crónicas. Solo entre 1980 y 1993, cerraron

949 hospitales conforme a los datos proporcionados por Shortell *et al.* Entre 1984 y 1992 hubo un 11% de declinación absoluta en admisiones, desde casi 38 millones a 33,5 millones y un 20% de disminución en los días de internación de 355 millones a 295. Al mismo tiempo, creció el número de prácticas de grupos, centros de atención ambulatoria, agencias de atención domiciliaria, unidades subagudas y asilos. Entre 1980 y 1992 hubo un 73% de incremento en el volumen de visitas ambulatorias.

Jennings & O'Leary (1994) analizan el problema en términos similares: mecanismos financieros integrados como son los sistemas de pago por capitación, requerirán el desarrollo de redes o sistemas de provisión integrados. Si los proveedores de atención médica quieren seguir teniendo viabilidad financiera, deberán demostrar su habilidad para aceptar y gerenciar el riesgo financiero asociado con proveer la atención médica necesaria para una determinada población a partir de un pago capitado. Un estímulo adicional surgiría de las propuestas de reforma en consideración en los EEUU, que se basan en el principio de capitación. Por consiguiente, los gerentes de servicios de atención médica estarían comenzando a reestructurar sus organizaciones como componentes de redes de provisión localmente integradas.

En esa perspectiva, la década de 1990 puede llegar a constituir la era de la integración. Las autoras citadas recuerdan al organizar su argumento que la década de 1970 se caracterizó por la confianza en los planes cooperativos, conformando esfuerzos, sinceros en sus intenciones y sustanciales en el compromiso, que no alcanzaron a dar fruto. La década de 1980 habría sido la era de la diversificación, estrategia reconocidamente costosa que sería virtualmente abandonada cinco años después. Shortell *et al.* (1995) coinciden en señalar que en los sistemas multihospitalarios de la década de 1980 se enfatizaron las economías de escala administrativas y se introdujo una variedad de actividades de diversificación. En su opinión, el problema radicó en que no procuraron agregar valor en alguna dimensión de su desempeño, en primer lugar porque tendían a representar uniones débilmente coordinadas de hospitales, y se comprometieron en diversificación de servicios relativamente no relacionados. La falla radicó, en su opinión, en la falta de construcción de un sistema en el cual cada unidad operativa debiera hacerse cargo de su rol estratégico en relación a las otras.

Dos importantes asociaciones de proveedores, la American Hospital Association (AHA) y la Catholic Health Association (CHA) recomendaron en 1991 la formación de redes. Según Richard Davinson, presidente de la AHA, tales redes se apoyarían en:

...relaciones de colaboración entre proveedores locales, organizados para proveer un amplio conjunto de servicios de salud. Las redes serían responsables de una población beneficiaria y remuneradas por un pago fijo anual por beneficiario. Este arreglo estimularía a la red y sus proveedores a identificar las necesidades de atención médica más tempranamente y a satisfacerlas eficientemente. También significaría trasladar las decisiones financieras a un nivel agregado, permitiendo a los proveedores centrarse en la atención de pacientes.

Las redes unen a la comunidad de proveedores y la comunidad de individuos que ellos sirven. También promueven nuevas relaciones entre médicos, enfermeras, hospitales, centros locales de salud, *nursing homes*, y otros proveedores

de atención. Los hospitales serían participantes clave en la formación de redes, como también los médicos. (Jennings & O'Leary, 1994, p. 12).

Esta visión de una red es fuertemente similar al modelo recomendado por la Catholic Health Association. La misma filosofía se expresa también en los Accountable Health Plans (AHP) incluidos en la propuesta de reforma del presidente Clinton. Las características comunes son:

- un sistema capitado de atención (pago basado en el listado de beneficiarios, no en los servicios provistos);
- redes con riesgo financiero por el gerenciamiento de la atención;
- focalización en bienestar, prevención e intervención precoz para lograr una provisión costo-efectiva; y
- relaciones colaborativas entre proveedores a través del *continuum* de atención.

En otras palabras, en la red de provisión integrada el término *managed care* tiene un nuevo significado. En general, esa expresión se ha aplicado en forma creciente a partir de la década de 1980 a las empresas o aseguradores independientes que tienen relaciones contractuales con hospitales, médicos y otras formas de provisión de atención. Ya he mostrado como el concepto original de *managed care* aplicado a las HMO como organización de financiación y provisión integrada fue paulatinamente ampliándose y diversificándose hasta cubrir diferentes planes de cobertura ofrecidos por empresas de seguro privado, las subsidiarias de Blue Cross y Blue Shield y a las formas de autoseguro desarrolladas por los grandes empleadores. A partir de esa expansión, en la actualidad la expresión *managed care* remite fundamentalmente a la gestión de la atención dirigida por entidades externas a los proveedores directos. En la red integrada de provisión, la gestión se produciría en la misma red; un resultado natural de los incentivos financieros de un mecanismo de pago integrado, como es la capitación.

### *Relaciones de colaboración entre proveedores*

Jennings & O'Leary recurren al *Oxford English Dictionary* para recuperar el significado de la palabra colaboración. Colaborar significa trabajar en conjunto, con otro u otros, o bien cooperar; y, en particular, cooperar en forma adecuada para perjudicar a un enemigo (la expresión enemigo puede reemplazarse por competidor). En la atención médica contemporánea, ambas conductas serían evidentes. Los proveedores se acercan cautelosamente unos a otros, a menudo visiblemente cargados con sus antecedentes de desconfianza y competencia no funcional, pero conscientes de la necesidad de trabajar juntos para satisfacer la demanda de la comunidad con un sistema de atención médica más costo-efectivo.

Los hospitales lideran el desarrollo de relaciones de colaboración locales. La organización de redes toma dos formas no excluyentes: estrategias de integración

vertical y estrategias de integración horizontal. Estas categorías no coinciden de modo directo con la diferenciación teórica de Robinson, preocupada por las posibilidades de mayor eficiencia, entre orientación vertical y virtual.

Según Jennings & O'Leary —reiterando un argumento que ya recogimos en Shortell— cuando una empresa de cualquier tipo adopta una estrategia de integración vertical se apoya en la convicción de que existen beneficios económicos para las organizaciones que controlan el proceso de producción en su conjunto. En una industria de servicios, el objetivo es asegurar que la organización provea el espectro completo de servicios para satisfacer las necesidades del consumidor. Pocos consumidores necesitarán acudir fuera de la organización para obtener servicios. En atención médica esto significa proveer acceso a través de una red de provisión para un conjunto de servicios de prevención, educación y detección de enfermedad, atención ambulatoria primaria y especializada, servicios de internación de agudos, atención subaguda, atención de enfermería de largo plazo y atención en el hogar.

Una de las modalidades de organización con integración vertical de mayor difusión se reconoce en EEUU como organización médico-hospitalaria (*physician-hospital organization*, PHO)<sup>7</sup>. Un estudio conducido por Report on Physician Trends *et al.* (1993) indicaba que, aunque solo el 11% de los hospitales poseía en ese momento una organización médico-hospitalaria, otro tercio se proponía tener tal estructura en marcha hacia 1995. El propósito primordial declarado por la mayoría de las PHO es servir como un vehículo conjunto de contratación en representación de los intereses del hospital y los médicos para planes de *managed care* o contratación directa con los empleadores del área.

Por el contrario, la integración horizontal no coloca el énfasis en el *continuum* de atención, sino que se vincula al desarrollo de un sistema de empresas del mismo tipo, tales como hospitales. Esta estrategia empresarial se basa en la idea de que existen beneficios económicos crecientes para organizaciones que se centran en un aspecto del proceso de producción. Estos beneficios resultan de lograr una parte significativa del mercado y en identificar e implementar enfoques de ahorro de costos, a menudo a través de la consolidación de unidades de operación.

En atención médica gran parte de la integración horizontal se ha producido en EEUU a lo largo de los últimos dieciocho años. La primera fase se produjo entre 1975 y 1985, momento durante el cual se desarrollaron sistemas multihospitalarios que eran fundamentalmente de nivel nacional, promovidos por organizaciones regionales y nacionales dependientes de instituciones religiosas y compañías de gestión de hospitales con fines de lucro. La segunda fase se puso en marcha a mediados de la década de 1980 y se centró casi exclusivamente en el desarrollo de sistemas hospitalarios relativamente pequeños, a nivel local. Entre 1984 y 1992, 278 hospitales de comunidad se han reunido en sistemas sin fines de lucro, llegando la proporción total de hospitales comunitarios sin fines de lucro que son propiedad de, están integrados bajo modalidades *leasing*, o tienen el respaldo de una compañía *holding*, a un

---

<sup>7</sup> Como ya se señaló, algunos autores (por ejemplo, Federa & Camp) identifican las PHO directamente como nuevas formas de organización de HMOs.



24,2%. La mayoría del desarrollo de estos sistemas locales se ha producido en mercados con tasas de penetración de *managed care* de más del 30%<sup>8</sup>. Jennings y O'Leary identifican tres modelos prototípicos de integración horizontal en el desarrollo de redes: el modelo alianza, el modelo compañía de *managed care* y el modelo de compañía *holding*.

### *El modelo alianza*

El atractivo de este modelo es que ninguna organización debe ceder el control de su gobierno, gestión o activos para participar en la red. La alianza es controlada por las organizaciones independientes que la respaldan. El centro de sus actividades es una serie de inversiones conjuntas de mutuo beneficio para todos los participantes.

El objetivo fundamental de la mayoría de las alianzas es el desarrollo de una red unificada de proveedores, incluyendo como mínimo los hospitales participantes y su personal médico, para proveer a planes de *managed care* externos. A través de la alianza los proveedores buscan equilibrar su capacidad de marketing con la poseída por los compradores de *managed care*.

### *El modelo de empresa de managed care*

Este modelo ha sido adoptado por organizaciones de atención médica desde mediados de la década de 1980, cuando los hospitales locales y sus médicos comenzaron a colaborar para dar forma a sus propios productos de *managed care*.

La empresa de *managed care* permite que cada organización interviniente conserve el control sobre su gobierno, gestión y activos, rasgo que la hace similar al modelo alianza. La diferencia radica en la especificidad de la principal inversión conjunta que constituye el centro de sus actividades: la propiedad y el control de planes de cobertura que servirán para canalizar pacientes hacia los médicos e instalaciones de la red. Las características de este modelo serían:

- En el largo plazo los hospitales y médicos propietarios de la empresa están mejor posicionados para beneficiarse de la ampliación del mercado de *managed care*.
- A través de su participación en el gobierno de la empresa, los hospitales y médicos propietarios pueden controlar las decisiones relacionadas con los servicios cubiertos, *utilization review*, evaluación de calidad y estándares de atención. Esta ventaja puede traducirse en pérdida de viabilidad para la red, en tanto los proveedores directos se muestren poco dispuestos a transformar sus estándares de práctica.

---

<sup>8</sup> Sobre problemas de gobernación en redes, ver Savage (1997).

Las expectativas originales de los propietarios de la red pueden influir en su éxito o fracaso. Los factores clave de éxito radicarán en las estrategias de gestión puestas en marcha para adecuar la práctica de la medicina en el interior de la red a las condiciones de competencia en el respectivo mercado.

### *El modelo de empresa holding*

En este modelo una empresa madre tiene el control sobre un conjunto de subsidiarias, haciéndose cargo de su gobierno y sus reglamentos.

Para ser considerada por la AHA como un sistema multihospitalario, una red debe tener esta estructura empresarial formal. El límite obvio de este modelo es que, a diferencia del modelo alianza, la empresa que controla el *holding* requiere que cada una de las integrantes ceda el control sobre su gobierno, gestión y activos para participar en la red. El *holding* puede desarrollar sus propios planes de *managed care* o contratar la provisión de servicios para organizaciones externas.

Muchas de las grandes empresas *holding* están estrechamente asociadas con un grupo de médicos de multiespecialidades. La combinación de empresa *holding* y grupo médico haría a esta opción de red virtualmente imbatible en el mercado regional o local en opinión de las autoras cuyas reflexiones he aprovechado en este ítem.

### *Las modalidades de integración entre hospitales y médicos*

Un estudio de Burns y colaboradores (1998) proporciona información sobre otra modalidad de integración, vinculada a las relaciones establecidas entre médicos y hospitales, que también identifica como respuesta de los proveedores a las demandas de aumento del *managed care*.

Estudios anteriores sugerirían que las formas de integración médico/hospital —contractual o mediante salario— se asocian con mayor productividad y desempeño financiero de la organización; sin embargo, no se dispondría de información suficiente para diferenciar tales resultados entre las diferentes modalidades de integración. Las revisiones de literatura empírica asignarían beneficios organizativos limitados a la integración vertical. Otros estudios recientes, sin embargo, sugieren que las formas más estrechas de integración (por ejemplo, modelos de salario) están asociadas con mayor alineamiento médico, medido en términos de lealtad y compromiso del médico con el sistema.

Para llegar a conclusiones más precisas sobre la cuestión, Burns y sus colaboradores sugieren estudiar los procesos de integración, diferenciándolos de las estructuras de integración, denominación que aplican a organizaciones como las PHO y

MSO (Physician Hospital Organization, Management Services Organization)<sup>9</sup>. Las estructuras de integración constituyen tramas administrativo-legales para unir la contratación de médicos y hospitales con *managed care* y, en algunos casos, la adquisición de los activos tangibles de una práctica médica. Este tipo de integración entre organizaciones anteriormente independientes puede no suponer cambios adicionales en las relaciones efectivas que los médicos tienen con los hospitales. En contraste, el proceso de integración supondría un conjunto de interacciones entre médico y hospital, destinadas a compartir información y toma de decisiones y coordinar conductas individuales. Tales actividades han incluido tradicionalmente integración administrativa a partir de la toma de decisiones en gobernación y gestión, e integración económica a partir de pago por salario para médicos de base hospitalaria. Más recientemente, han comenzado a incluir roles asalariados para médicos de atención primaria y especialistas, inversiones conjuntas y prácticas de grupo financiadas por el hospital, la provisión de servicios de gestión para consultorios médicos, la información clínica y financiera compartida y la promulgación de lineamientos clínicos.

El estudio que comento se basa en información proveniente de dos fuentes: la encuesta realizada por la Prospective Payment Assessment Commission dedicada a recoger información sobre relaciones médico-hospitalarias, y la Encuesta Anual de Hospitales de la American Hospital Association. Los datos así obtenidos corresponden a 5.228 hospitales no federales.

La información recogida documenta la existencia de ocho procesos de integración de médicos y hospitales, que incluyen vínculos económicos y administrativos tradicionales, al igual que áreas emergentes relacionadas con vínculos clínicos e información. Las ocho áreas que a su vez se diversifican en 23 tipos de procesos integradores son las siguientes:

1. Integración económica: salario y propiedad.
2. Integración económica: redes y *joint ventures*.
3. Integración administrativa: médicos en actividades de gobernación y gestión.
4. Servicios de gestión proporcionados a los médicos<sup>10</sup>.
5. Participación en información sobre costos.
6. Integración de información.

---

<sup>9</sup> La organización de gestión de servicios, como indica su nombre, se ocupa de proporcionar a los médicos una gama de servicios administrativos a cambio de un porcentaje de sus honorarios. Estos incluyen la organización y el reclutamiento de profesionales, administración de la práctica (facturación, contratación, gestión de cápitales), gestión de sistemas integrados de provisión, y organización de sistemas de gestión de información.

<sup>10</sup> En este caso se presentan tres modalidades: el hospital asiste en forma rutinaria a su personal médico para el reclutamiento de nuevos profesionales; les ofrece servicios de gestión de práctica; les otorga créditos para la compra de instalaciones, equipo, etcétera.

7. Integración de líneas de servicio/producto<sup>11</sup>.
8. Utilización de lineamientos clínicos.

Los autores del estudio reportan cuatro hallazgos que consideran significativos:

1. Los esfuerzos de integración de diferente tipo están en amplio uso. Un tercio de los hospitales tienen inversiones conjuntas con miembros de su personal médico, un tercio tiene sistemas de gestión de información que integran datos clínicos entre departamentos; más del 40% compensan a los médicos por funciones administrativas; más de 45% tienen un programa para desarrollar lineamientos de práctica; y casi el 90% comprometen a los médicos en la presupuestación anual de capital.
2. El uso de procesos de integración interna es más alto que el uso de instrumentos estructurales externos para la contratación con pagadores de *managed care*. Instrumentos tales como PHO y MSO, son informados en menos de un 20% de los hospitales. Esto sugiere que algunas de las infraestructuras necesarias para gestionar un ambiente de *managed care* están más desarrolladas que los instrumentos contractuales. Una razón para la mayor prevalencia de procesos de integración es que muchos han sido desarrollados independientemente de la contratación entre organizaciones y sobre un largo período de tiempo.
3. El uso de virtualmente todos los procesos integradores estudiados es mucho más común en ciertos tipos de hospitales, especialmente urbanos, grandes, de enseñanza e integrados en sistemas. Por un lado, esto sugiere que estos hospitales han avanzado en organizar sus mecanismos e incentivos internos y en establecer instrumentos de contratos. Si es así, estarían en mejores posiciones para manejar *managed care*. Sin embargo, estos hallazgos podrían reflejar tan solo la disponibilidad de mayores recursos financieros y experiencia de gestión para experimentar con nuevos tipos de procesos integradores. Si ese fuera el caso, la incorporación de procesos integradores puede estar en menor medida vinculada a oportunidades o amenazas provenientes de *managed care* y resultar en cambio de una mayor disposición a enfrentar futuras necesidades o modas organizativas. Una posible hipótesis sería que los procesos de integración sean una respuesta imitativa por parte de los hospitales a las acciones de sus competidores en el mercado local, sin vinculación directa con la difusión de *managed care*.
4. No hay vínculos consistentes entre *managed care* y el uso de procesos de integración. En las áreas de integración económica vía *joint ventures*, integración

---

<sup>11</sup> También en este caso se diferencian tres modalidades: las actividades de internación están organizadas alrededor de líneas de producto/servicio; las actividades de ambulatorio están organizadas alrededor de líneas de producto/servicio; los principales departamentos clínicos son responsables por las pérdidas y beneficios generados por sus servicios. Se habla de gestión de líneas de producto/servicio cuando las áreas clínicas tienen sus propias funciones de gestión y apoyo, y sus jefes son responsables por todas las actividades, médicas y no médicas, del área.

administrativa y utilización de lineamientos, el mayor uso de estos procesos aparece vinculado con la incorporación de *managed care*. Sin embargo, en otras áreas, especialmente incorporación de grupos de práctica en condiciones de propiedad o convenio, incorporación de médicos como consultores sobre cuestiones administrativas y clínicas, y organización de las actividades ambulatorias en líneas producto/servicio, las fuentes revelan que pueden ser necesarios niveles relativamente altos de *managed care* antes de que estos procesos aparezcan. En el caso de la información integrada, la incorporación se produce a partir de un relativamente bajo umbral de *managed care*. Finalmente, para algunos procesos no parece haber ninguna vinculación con la aparición de estas modalidades de cobertura (Burns *et al.*, 1998).

### *Incentivos y nuevas modalidades de pago en hospitales*

Las innovaciones en la relación médico hospitales se registran también en el terreno de las formas de pago. Pierson y Williams (1994) muestran la difusión de innovaciones en la retribución del trabajo médico, aplicadas en organizaciones hospitalarias y destinadas a recompensar determinadas modalidades de práctica. Utilizan para ello información proveniente de una encuesta aplicada por el Hay Group y la American Society for Healthcare Human Resources Administration —la *Encuesta Hay de compensación en hospitales*— que recoge información sobre más de 1.036 hospitales y 348.000 profesionales de atención médica. Las conclusiones de la encuesta mostrarían que los programas de incentivos, las recompensas otorgadas a equipos y otras estrategias de pago vinculadas al desempeño, estaban siendo adoptadas en forma creciente por los hospitales, en procura de reforzar la integración organizativa y los cambios en la cultura y valores de trabajo. Las nuevas modalidades de pago se sistematizan en la siguiente enumeración:

- *Broadbanding*: es la agrupación de empleos y roles en rangos de pago menores pero amplios para estimular iniciativas tales como desarrollo de gestión, etapas de carrera y pago basado en destrezas y competencias.
- Pago basado en equipo: es un programa básico o variable que reconocer esfuerzos y resultados de grupo.
- Pago basado en competencia: es una compensación basada en el desarrollo de aquellos atributos que diferencian desempeños excepcionales, tales como orientación al consumidor, compromiso de equipo y resolución de conflictos.
- Pago por destrezas: es una compensación que recompensa a los individuos por desarrollar las diferentes destrezas necesarias para ciertos roles o empleos.
- Plan de contribuidor clave: es un programa para incentivos basados en desempeño creado con el solo propósito de atraer, motivar y retener individuos clave o grupos pequeños (Pierson & Williams, 1994, p. 28).

Los autores vinculan la introducción de estas nuevas formas de pago a la situación financiera crítica por la que estaría atravesando un buen número de los hospitales en estudio. Las condiciones de creciente competencia por costos estarían obligando a los hospitales a hacer malabarismos con atención, calidad y costo-efectividad. Según la *Encuesta Hay*, los márgenes generales de operación y el ingreso neto de los hospitales en 1993 (año de aplicación de la encuesta) seguirían siendo poco satisfactorios. En más de cien sistemas de salud el retomo medio sobre la inversión habría disminuido de 8,4% en 1992 a 7,7% en 1993. Los hospitales que se declaran en situación crítica llegarían a más del 20% del total encuestado. Por su parte, la revista *Economic Trends*, publicada por la American Hospital Association, habría informado que el margen neto promedio por paciente fue en 1992 y 1993 solo el 0,6%.

En opinión de Pierson y Williams la incertidumbre que conmueve a los hospitales estadounidenses podría eventualmente producir un sistema de atención médica más responsable y más flexible, si las organizaciones afectadas tomaran pasos cuidadosamente meditados. A la misma conclusión habrían llegado los responsables de la *Encuesta Hay*, que en su informe señalan: “Mientras la actual turbulencia es necesaria para cambiar la estructura básica del sistema de provisión de atención médica, mejoras sustanciales en productividad y calidad se desarrollarán mejor en las organizaciones que sean focalizadas, relativamente estables, y tengan el activo apoyo y participación de sus *stakeholders*”<sup>12</sup>.

En términos generales podría señalarse que, en el punto donde la preocupación por los incentivos abandona el campo de aplicación a la conducta individual en situaciones puntuales y se orienta sobre la posibilidad de cambiar determinadas modalidades de asignación de recursos o formas de organización de los procesos de trabajo en instituciones médicas, se está produciendo un desplazamiento conceptual desde las teorías de la conducta hacia la economía institucional o, más precisamente, los abordajes relativos a la economía de los costos de transacción.

### *La integración de las prácticas de grupo*

Al igual que los hospitales y las HMO, en las últimas décadas los médicos comenzaron a integrar horizontalmente sus prácticas. Entre 1965 y 1991 el número de grupos médicos se cuadruplicó pasando de 4.289 a 16.576, un crecimiento promedio de 475 grupos por año. La formación de grupos se ha acelerado desde entonces, alcanzando a 19.787 en 1995 (un promedio de 800 grupos por año). Los médicos

---

<sup>12</sup> No he encontrado todavía una traducción adecuada para *stakeholder*, expresión que aparece con frecuencia en la perspectiva estratégica dedicada a organizaciones. El concepto refiere a la situación de los agentes en el interior de una organización que tienen intereses relativamente contrapuestos, pese a compartir objetivos comunes. La traducción literal sería *tomadores de posiciones o detentadores de posiciones*. La utilización es similar a la de *actor* cuando el conflicto de intereses se desarrolla entre organizaciones independientes, aunque también se puede encontrar la expresión *stakeholder* para designar posicionamientos en el conflicto entre organizaciones y aun en la disputa a nivel macropolítico.

también han integrado sus prácticas con otras organizaciones (Burns, 1997). Información recabada por McLaughlin *et al.* (1997) indica que, en 1994, según una encuesta continua de Medical Economics, el 16% de los médicos en consultorio había cambiado su forma de práctica en el año precedente —ya sea fusionándose, vendiendo o uniéndose a redes— y que el 38% consideraba hacerlo en los próximos doce meses. La encuesta comparable de 1995 mostró que el 44% de los encuestados había hecho cambios de práctica.

El mayor cambio en instalaciones de práctica médica se produjo en la proporción de médicos en situación de empleo, que aumentó de 24,2% en 1983 a 33,1% en 1991 y a 42,3% en 1994. Sin embargo, mientras los hospitales y las HMO actúan en forma creciente como empleadores, el principal gran empleador de médicos son otros médicos (es el caso del 34,4% de todos los médicos empleados en 1994). Según Burns (1997) esta constatación no resulta sorprendente si se tiene en cuenta el histórico antagonismo de los médicos con los administradores de hospital y su irritación con las organizaciones de *managed care* en tanto limitan su tradicional libertad de prescripción. Los médicos pueden encontrar que la supervisión por parte de otros médicos constituye la forma de control más soportable.

Esta tendencia hacia el empleo médico es probable que se acelere con la emergencia de un nuevo modo de práctica integrada: las compañías de gestión de práctica médica (Professional Practice Management Companies, PPMC). Estas buscan organizar y consolidar prácticas médicas para obtener economías de escala, proporcionar apoyo administrativo y capital para crecimiento, y mejorar las oportunidades de los médicos y la posición de negociación para la contratación de *managed care*. Las PPMC son organizaciones orientadas hacia los médicos, que sirven como una alternativa a: las HMO modelo *staff*, en las cuales los médicos son empleados; y las redes verticalmente integradas de hospitales y médicos, en las cuales los médicos o bien venden sus prácticas o aceptan contratos con organizaciones de *managed care*, tales como organizaciones médico hospitalarias (PHO) y organizaciones de servicios de gestión (Management Services Organizations, MSO).

Las PPMC son organizaciones que gestionan los aspectos no clínicos (y en algunos casos unos pocos aspectos clínicos) para una parte (por ejemplo, los cubiertos por *managed care*) o todos los pacientes del médico. Pueden procurar organizar médicos de atención primaria, grupos de multiespecialidades o especialidades singulares. Pueden comprar los activos tangibles (instalaciones y equipamiento) de la práctica médica (modelo de inversión), contratar con y proveer servicios a las asociaciones de práctica independiente (IPA/modelo red), o contratar con el médico para equipar los departamentos de un hospital (modelo de servicio médico). En todos los casos actúa como una empresa que proporciona a los médicos servicios de gestión, experiencia y capital. También se hacen cargo de organizar a los médicos para negociar colectivamente con organizaciones de *managed care* mientras conservan alguna cuota de autonomía profesional.

La PPMC está típicamente capitalizada por empresas financieras privadas o a través de la oferta de acciones en Wall Street. Los inversores han sido atraídos por



las posibilidades de rápido crecimiento de beneficios, la promesa de altos ingresos y el potencial para arbitraje por precio/ingresos.

La industria PPMC no existía realmente hace diez años. Un puñado de PPMC apareció en la década de 1970 para contratar la gestión de los departamentos de emergencia de los hospitales. Más organizaciones surgieron a fines de la década de 1980, y el mayor crecimiento se produjo a comienzos de la década de 1990. No hay estadísticas definitivas sobre el tamaño de este sector. El total de los médicos incorporados a este tipo de organizaciones excede los 55.000, 8% del total.

El artículo publicado por Burns en la *Health Care Management Review*, que nos permite recuperar los detalles de esta innovación organizativa, identifica posibles factores tanto en la oferta como en la demanda de atención, que constituyen estímulos para su desarrollo:

- El primero sería la tendencia histórica de los médicos en la mayoría de las especialidades a trabajar en instalaciones de práctica individual o de pequeño grupo. El aumento de los costos administrativos, la mayor sofisticación técnica del equipamiento y la complejidad del cobro de facturaciones para múltiples pagadores, han estimulado a los médicos a buscar capital de inversión, experiencia en gestión y apoyo administrativo. Los grupos consideran tales insumos como necesarios para crecer y administrar una cantidad mayor de profesionales, de manera de competir en un mercado crecientemente dominado por grandes pagadores y proveedores. La fragmentación médica proporciona una oportunidad para que los empresarios organicen el mercado médico.
- Un segundo factor es el incrementado número de grandes grupos médicos que pueden servir como uno de los bloques centrales de las PPMC. En lo alto de la distribución por tamaño, el número de grupos con 100 o más miembros creció de 118 a 238 entre 1988 y 1995. El porcentaje de médicos practicando en tales grupos también creció de un cuarto a un tercio. El crecimiento es también evidente entre grupos de 50 a 99 miembros (de 198 a 226), 26 a 49 miembros (de 403 a 527) y de 10 a 25 (de 1938 a 2657). Tales grupos son más atractivos para las PPMC debido a su capacidad para ofrecer servicios más integrales, servir un área geográfica más amplia de beneficiarios HMO, y poseer (potencialmente) mayor infraestructura para gestionar el riesgo.
- Un último factor operando del lado de oferta es la relativa escasez de algunas especialidades. Oncólogos y médicos de emergencia, por ejemplo, tienen menores tasas médico/población en relación con otras especialidades. Los empresarios pueden así gozar de ventajas cuasimonopólicas en mercados locales, organizando a estos proveedores. Los médicos de emergencia también experimentan una alta rotación en los servicios hospitalarios, estimulando a los hospitales a buscar grupos externos a los cuales delegar este servicio.

Si se cambia el ángulo y se procura caracterizar estímulos provenientes del lado de la demanda, el cuadro sería el siguiente:

- Un factor importante en la promoción de PPMC ha sido la difusión de *managed care*, que ha aumentado la incertidumbre e inseguridad de los médicos en relación a su autonomía profesional, la calidad de la atención al paciente y su acceso a nuevas tecnologías. En paralelo, se ha producido un creciente número de fusiones y compras en la industria de *managed care*. Los médicos se enfrentan así con un creciente oligopolio en el lado del pagador, mientras ellos permanecen fragmentados.
- Un segundo factor de demanda se vincula con las dimensiones del mercado de atención médica y la magnitud de los recursos financieros que se destinan a remunerar la atención.
- Otros factores de posible incidencia son la creciente incertidumbre de los médicos en relación a sus corrientes de ingreso; la tendencia a la reingeniería que estimula la terciarización de servicios hospitalarios y, finalmente, el creciente poder de compra demostrado por los empleadores y sus coaliciones y la disposición de los programas públicos a actuar como compradores informados y conscientes de costos (Burns, 1997).

McLaughlin y colaboradores, a su vez, se interrogan sobre las posibles condiciones de satisfacción/insatisfacción de los profesionales insertos en este tipo de organizaciones. Consideran que muchas nuevas redes experimentarán una significativa insatisfacción de los médicos, a menos que los nuevos propietarios construyan una cultura empresarial en cuyo interior los recién llegados se sientan cómodos y desarrollen una ética de trabajo compartido que se centre en la alta productividad, la alta calidad de atención y niveles de costo aceptables. Sin embargo, indican, no se trata de una tarea fácil.

Los recientes cambios en la propiedad de las prácticas habrían sido según esta perspectiva relativamente pesimista: a. demasiado masivos y desordenados para permitir una cuidadosa y adecuada selección de miembros; y b. demasiado recientes para producir cambios intrínsecos de valores y conducta entre aquellos que se mueven a un tipo diferente de cultura de práctica. En un estudio realizado por Madison y Konrad (1988) se informa sobre un crecimiento turbulento, oportunista, la presencia de equipos profesionales comprometidos solo en forma parcial, objetivos conflictivos y normas de producción ambiguas y cambiantes. La descripción podría aplicarse, según McLaughlin *et al.* (1997), a organizaciones que se están desarrollando en gran número en la actualidad.

## Un intento de sistematización parcial

Hasta aquí llega la presentación sumaria del desarrollo histórico de las organizaciones de *managed care* como formas institucionales. En el capítulo siguiente intentaré una presentación sintética de los problemas vinculados a la reforma de la atención médica en la década de 1990, avanzando sobre algunas preocupaciones

significativas, que se proyectan hacia el futuro a partir de la elaboración de instrumentos que —sin desdeñarlo— desbordan el problema de la contención de costos, y se centran en la necesidad de mejorar la eficiencia y calidad del sistema y generalizar la cobertura, respondiendo a valores sustantivos de integración social. Una de las propuestas más difundidas se basa precisamente en la utilización de las formas organizativas del *managed care* para construir sistemas privados de atención médica con garantía de cobertura universal: me refiero a la propuesta de *managed competition*, defendida por Alain Enthoven. Por el momento quisiera rescatar algunos puntos específicos en el material presentado:

- Las modalidades de *managed care* mostraron a lo largo de cinco décadas una notable flexibilidad para regular las relaciones entre aseguradores, proveedores y pacientes de manera de adecuarse a muy diferentes contextos sociales y objetivos e intereses organizacionales y empresariales.
- En el comienzo respondieron a la preocupación de diferentes agentes —grupos de práctica médica, cooperativas de consumidores, organizaciones de trabajadores, empresas— movidos en general por el interés de hacer accesible la atención médica a personas de ingreso mediano y bajo. En las organizaciones promovidas por profesionales se trataba de aumentar la clientela con capacidad de pago, en las empresas primaba el interés por satisfacer inquietudes y necesidades de la masa laboral e incorporar un nuevo elemento en la negociación con los sindicatos, en los grupos laborales o de consumidores se buscaba aprovechar en beneficio de sí mismo y de sus familias las prácticas de cooperación fundadas en *compartir ahorros*. Las reglas de juego elaboradas para satisfacer esa multiplicidad de objetivos fueron también lo suficientemente flexibles como para dar cabida a diferentes formas de relación entre financiadores y proveedores directos, financiadores y beneficiarios, proveedores directos y pacientes.
- En los años de prosperidad fueron consideradas con relativo desdén —y en algunos casos objeto de dura oposición— por parte de la medicina organizada y las empresas de seguro privado. A nivel local, algunas asociaciones médicas introdujeron una variante importante en sus reglas de juego, aceptando la gestión de estas formas de pago capitadas que podían aumentar la clientela de sus miembros, satisfactoriamente insertos en los sistemas de pago a partir de honorario por servicio.
- En la década de 1970, los primeros signos de agotamiento del ciclo de prosperidad iniciado a fines de la Segunda Guerra y de la hegemonía de los EEUU, su política internacional, su desarrollo tecnológico y su moneda, despertaron la preocupación por el aumento de los costos de la atención médica y el porcentaje del PBI destinado a satisfacerlo. El Estado —hasta ese momento relativamente ausente de la regulación de la atención médica— pone en marcha algunas políticas destinadas a controlar la incorporación de tecnología y a estimular en los cuerpos profesionales la generación de normas o estándares de calidad de la actividad de los servicios, destinados a garantizar la adecuación

y seguridad de las formas de práctica. En paralelo, la propuesta de estímulo a las HMO constituye una nueva forma de introducir mecanismos de control para la discrecionalidad prescriptiva de los profesionales, que comienza a ser considerada como un mecanismo importante de generación de distorsiones en el sistema.

- La iniciativa estatal pudo haber influenciado en el desarrollo futuro del *managed care* a partir de tres estímulos: el primero, el subsidio otorgado a las organizaciones que se adecuaron a la definición del modelo HMO propuesto en una ley específicamente sancionada; el segundo, la obligación impuesta a los empleadores de ofrecer a sus dependientes este tipo de cobertura de seguro como una de las opciones posibles; el tercero, la generación de señales en el mercado, activando probablemente preocupaciones previas en una coyuntura de expansión y concentración del sistema de servicios, que operaron convincentemente en la conducta de aseguradores y proveedores de atención. Bajo estos estímulos se desarrolló una forma institucional que mostró nuevamente una gran capacidad de adecuación, pasando de la organización de empresas bajo diferentes modalidades de integración entre proveedor y comprador dedicadas a la cobertura de grupos determinados, a una diferenciación en planes que integran modalidades de *managed care* por parte de empresas de seguro con capacidad de ofrecer múltiples productos y organizar los *pools* de riesgo conforme supuestos específicos de conducta esperada por parte de los profesionales. En esta expansión también incidió la preocupación de los empleadores por el crecimiento de los costos de cobertura de su personal.
- En todas estas adaptaciones, el *managed care* siguió conservando su rasgo característico de vincular aseguradores y proveedores, con el objetivo explícito de influenciar la conducta de estos para controlar el alza de costos. Esta forma de integración incompleta, conforme al concepto elaborado por Evans, permitió la puesta a prueba de múltiples mecanismos de control de la práctica ampliando y diversificando el tipo de incentivos presentes en las formas de pago y desarrollando técnicas sofisticadas de revisión y gestión de la utilización de servicios.
- Finalmente, es necesario advertir que esa modalidad de integración incompleta es solo una de las múltiples que se fueron generando en poco más de una década. La información descripta proporciona un panorama de innovaciones en la organización del sistema de servicios que se basan en alguna forma de integración, si aceptamos otorgar al concepto la capacidad de cubrir relaciones relativamente permanentes de tipo virtual, no definidas exclusivamente por la propiedad de los activos o la relación asalariada sino por una variada gama de contratos que incorporan incentivos para la cooperación entre determinados agentes en un escenario de fuerte incremento de la competencia.
- La variedad de los vínculos contractuales así generados y la multiplicidad de organizaciones en las que se generan puede volver ocioso el debate sobre la mayor o menor eficiencia de las formas de integración verticales y virtuales. En cada una de las nuevas formas institucionales emergentes el balance entre

costos de producción y costos de transacción puede ser diferente, al igual que la eficiencia productiva y dinámica y la posibilidad de conductas oportunistas. Sería necesario analizar por separado cada una de ellas para luego comparar resultados en función de productividad, costos, calidad y satisfacción de los pacientes.





## Capítulo 4

# La reforma de la atención médica: Aproximación al concepto

### La reforma en un contexto de cambios más amplios

La expresión reforma de la atención médica remite a un proceso de alcance universal. La preocupación por adecuar los sistemas de servicios de atención médica a nuevas exigencias derivadas de transformaciones producidas en las últimas décadas, se ha expresado en una multiplicidad de países, con muy diferentes condiciones económicas, sociales y culturales y muy diferentes tradiciones de organización y financiación de sistemas de salud. Esto no supone, sin embargo, homogeneidad de objetivos, estrategias y resultados. Por el contrario, más allá de algunas temáticas generalmente asociadas a la reforma, más allá de las consecuencias relativamente homogeneizadoras de las recomendaciones de los organismos internacionales preocupados por la temática, más allá de la recurrencia en el debate sobre las opciones de reforma de cuestiones como costos, eficiencia, desempeño, incentivos, competencia, regulación, gestión, accesibilidad, *accountability*, *responsiveness*<sup>1</sup> y otras, múltiples investigaciones dedicadas al tema y los primeros esfuerzos comparativos en marcha demuestran que cada país ha tenido experiencias particulares y sus resultados se expresan en sistemas crecientemente diferenciados, independientemente de la existencia de algunas tendencias relativamente compartidas.

Un elemento común puede reconocerse en relación con la emergencia simultánea de tales procesos en diferentes países. Me refiero a los nuevos contextos nacionales e internacionales identificables en las últimas décadas, que han puesto en la agenda de los gobiernos preocupaciones vinculadas al equilibrio fiscal, la estabilidad de la moneda, el control de la inflación, la competitividad del aparato productivo, la capacidad del sistema político para agregar intereses particulares y reducir los conflictos distributivos, la eficacia del aparato estatal para conducir el conjunto. Una expresión integradora de esa problemática puede encontrarse en los análisis

---

<sup>1</sup> Esta nueva palabra de difícil traducción, entre tantas que nos han aportado los procesos de reforma, ha sido ampliamente utilizada en los debates y propuestas sobre reforma del National Health Service, en el Reino Unido. En ese contexto *responsiveness* alude a una mayor disposición de parte de los servicios a dar respuesta a las necesidades y expectativas de los pacientes, tal como estos las interpretan.



dedicados a una supuesta o real crisis de los Estados de bienestar, tal como se desarrollaron en los años de posguerra en los países del centro capitalista.

Algunos contenidos destinados a abrir la expresión nuevos contextos sin despertar imaginarios conspirativos pueden ser recuperados de un trabajo de Benedicto & Reinares (1992) que sintetiza la problemática europea en el momento de la crisis de los Estados de bienestar consolidados. Se habla en ese texto de cambios sociales, demográficos, políticos e ideológicos que entrañan una profunda alteración de los parámetros definitorios de la escena social y política, acompañados de dudas e interrogantes sobre la labor futura del Estado y sus instituciones de política social en las sociedades capitalistas avanzadas.

Para este diagnóstico, las transformaciones del momento actual deberían leerse como distintas respuestas de adaptación a grandes cambios sociales. Los más evidentes serían: envejecimiento de la población, cambios en el mercado de trabajo y nuevas formas de empleo; la caducidad de un modelo de seguridad social concebido con premisas productivistas sobre la base de trabajadores estables, a tiempo completo y apoyados en un amplio historial laboral; cambios en las representaciones sobre seguridad y bienestar; el cuestionamiento de la funcionalidad, eficacia y equidad de los criterios universalistas basados en la ciudadanía social; y el creciente apoyo a un sistema de bienestar residual, individualista y fundado en la demostración de necesidad.

Esos cambios sociales estarían acompañados por transformaciones igualmente importantes en la esfera política: la ruptura de la alianza entre clases medias y trabajadores que sustentó el proyecto social demócrata; profundas divisiones en el interior de la misma clase obrera; validación en las urnas de los gobiernos conservadores; transformación de las relaciones entre los ciudadanos y la política expresada en un crecimiento de la apatía entre los primeros, con elevadas dosis de desconfianza hacia instituciones y componentes del sistema político; desvalorización de lo público y creciente despolitización de la vida social.

Por último, también se expresarían en las instituciones representativas de la ciudadanía a partir del debilitamiento de los comportamientos participativos de carácter institucional; el reforzamiento del poder de las élites políticas profesionalizadas; la disociación de la esfera pública y privada de la vida de los ciudadanos; el reemplazo de la acción pública fundada en posicionamientos ideológicos por la gestión tecnocrática de los recursos económicos; la retracción de los sentimientos de identificación partidaria; la descomposición de los alineamientos tradicionales entre partidos; el incremento de la volatilidad electoral y un renovado interés del público en una serie de cuestiones de indudable trascendencia colectiva como la protección del medio ambiente, la calidad de vida y el desarrollo urbano.

En ese contexto los procesos de reforma de la atención médica pueden leerse como un factor más en transformación en el interior de sociedades profundamente convulsionadas por la necesidad de adaptarse a nuevos escenarios, relativamente volátiles y penetrados por todo tipo de incertidumbres. Las décadas de 1980 y 1990 fueron testigos de esos procesos de reforma y de un intenso debate originado en la preocupación por proporcionarles cauce. La primera de estas décadas se caracteriza

por el auge de la ola privatizadora; la segunda provee visiones más matizadas que se concretan en el rechazo de las perspectivas excesivamente simplificadoras (Creese, 1993), el interés por redefinir y especificar las funciones del Estado (Musgrove, 1996; Jönsson & Musgrove, 1997; Helm, 1992), por fortalecer sus capacidades de gestión y garantizar la aplicación de sanciones efectivas al incumplimiento de sus mandatos (World Bank, 1997; OPS/OMS, 1991), la preocupación por establecer el *mix* adecuado de regulación y competencia (Maynard, 1993, 1996 a y b; Oxley & Mac Farland, 1994; Pellisé, 1996), y el predominio de perspectivas integradoras que se expresan en fórmulas de diferente formato portadoras de un mensaje relativamente uniforme: competencia administrada o gerenciada, mercados regulados, mercados internos, contratos de gestión, incentivos y lineamientos de práctica, organización de la demanda, gestión de información, etcétera.

Esa orientación presente en los modelos de reforma por llegar a un *mix* de competencia y regulación que se adecúe a las circunstancias, tradiciones, necesidades, expectativas e intereses organizados presentes en cada país, es lo que lleva a algunos analistas a plantear que al fin del proceso los diferentes sistemas compartirán más rasgos comunes que aquellos que los precedieron, o bien el rango de diferencias no será tan amplio. El reconocimiento paralelo de la necesidad de regular el mercado y de la conveniencia de establecer mecanismos de competencia en formas organizativas anteriormente integradas, que operaban guiadas fundamentalmente por lógicas centralizadas de comando y control, llevaría a acercamientos relativos en las nuevas formas de organización. La antigua polaridad entre los sistemas completamente integrados y aquellos caracterizados por la presencia de múltiples agentes sin vínculos aparentes que ordenen sus intercambios, habrá cedido lugar a una diferenciación en los primeros de las funciones de compra y provisión de servicios a partir de mecanismos de mercado interno, y en los últimos a diferentes formas de integración —formal o virtual— que abren paso a compromisos de mediano o largo alcance.

Sin embargo, más allá de estas tendencias a generar nuevas formas de competencia que supongan compromisos de adecuación entre eficiencia y calidad, existe el reconocimiento prácticamente generalizado de que el sistema posible para cada país deberá estar fuertemente enraizado en su historia, sus valores culturales, sus instituciones y su anterior experiencia en el campo de la atención médica. El debate se convierte así en una controversia sobre instrumentos y sobre su posibilidad de adaptación a muy diferentes escenarios. Han dejado de ofrecerse modelos armados, cada país se ha puesto a organizar su propio *meccano* y comenzado a experimentar diseños y poner a prueba estructuras.

## Dos olas de reforma

Antes de comenzar a abrir las cuestiones en debate me parece necesario intentar precisar los rasgos que caracterizan a las reformas en curso y las diferencias con el anterior movimiento, propio de la década de 1970 y de los comienzos de la década

de 1980, que Medici (1998) identifica como reformas universalistas, en particular referencia a los procesos verificados en América Latina. Esta primera ola de reformas habría tenido como eje la reivindicación del reconocimiento de los derechos sociales y la accesibilidad igualitaria a los servicios de salud para la totalidad de la población, y como foco la actividad del Estado en tanto responsable de su efectivización. El segundo movimiento de reforma, en cambio, relega las reivindicaciones de universalidad e igualdad (en palabras de Medici, no las enfoca como medios sino como fines) y pone en primer plano la preocupación por eficiencia y calidad de la atención.

La cuestión puede aclararse aún más si se comparan algunas definiciones. Sonia Fleury, por ejemplo, define el proceso de reforma sanitaria puesto en marcha en Brasil e Italia en la década de 1980 como un:

Proceso de transformación de la legislación y los arreglos institucionales responsables de la protección de salud de los ciudadanos, que corresponde a un efectivo desplazamiento de poder político hacia los grupos populares. La expresión concreta de este cambio se refleja en el establecimiento de un derecho universal a la atención médica y la creación de un Sistema Nacional de Salud conducido por el Estado. (Fleury, 1995, p. 13).

En el mismo sentido, Berlinguer asocia reforma sanitaria con procesos de democratización:

Cuando queremos ampliar la igualdad de los ciudadanos en relación al proceso de salud enfermedad para desplazar el poder de pocos hacia muchos; cambiar la tecnología productiva y las conductas individuales en formas saludables, reciclar los servicios, las técnicas de intervenciones, los tratamientos y las formas de prevenir enfermedades, y, conscientemente, impulsar otros procesos de transformación (sin los cuales cualquier reforma permanecería aislada y sería derrotada) claramente enfrentamos muchas dificultades y significativa resistencia. El consenso es el más importante instrumento para superarlas. (Berlinguer *et al.*, 1988, p. 131).

Las diferencias se hacen evidentes cuando se compara estas definiciones con algunas de las conceptualizaciones referidas a la reforma contemporánea. Por ejemplo, Stoddart:

La reforma puede consistir en un reordenamiento de prioridades, como parece ser el caso en los EEUU actualmente, o en cambios en los métodos a través de los cuales un conjunto existente de prioridades y objetivos se persigue, como parece ser el caso en Canadá y Europa; sin embargo, la reforma implica en última instancia una de cuatro cuestiones básicas:

1. Cuánto gastar en salud en relación con otros bienes y características valoradas por la sociedad.
2. Qué intervenciones son efectivas para producir salud (Las intervenciones no están limitadas a los servicios de atención médica; incluyen cosas tales como

mantenimiento del ingreso, vivienda, educación, apoyo social y control de sustancias de riesgo).

3. Cómo proporcionar estas intervenciones en una forma costo-efectiva.
4. Quién recibirá los beneficios y soportará los costos del gasto en salud. (Stoddart, 1989, p. 81).

O bien con la sistematización de los objetivos de reforma ofrecida por Jeremy Hurst en un informe elaborado para la OCDE (1992).

- Adecuación y equidad en el acceso a atención médica: debe haber un mínimo de atención médica disponible para todos los ciudadanos, y el tratamiento debe brindarse de acuerdo con las necesidades y no con la capacidad de pago del paciente, al menos en el sector financiado públicamente.
- Protección de ingreso: los pacientes deben ser protegidos de pagos por atención médica que amenacen su ingreso, vinculando el pago por cobertura a la capacidad de pago individual.
- Eficiencia macroeconómica: el gasto en salud debe consumir una fracción adecuada del producto bruto interno.
- Eficiencia microeconómica: se debe seleccionar un *mix* de servicios de modo que maximice la combinación de resultado en salud y satisfacción del consumidor en relación a la porción de producto gastada en servicios de salud; debe asegurarse, además, eficiencia técnica y de costos y la búsqueda de eficiencia dinámica, incorporando avances tecnológicos y organizacionales que aumenten la productividad de determinados recursos.
- Libertad de elección para los consumidores: debe estar disponible tanto en el sector público como en el privado.
- Adecuada autonomía de proveedores: los médicos y otros proveedores deben tener el máximo de libertad compatible con el alcance de los objetivos anteriores, especialmente en materia de innovación médica y organizativa.

El documento señala expresamente que los dos últimos objetivos deberían ser considerados como medios más que como fines, lo que supondría desconocer algunas exigencias conducentes a tratarlos como fundamentos que se afirman por derecho propio.

Hurst coloca también el énfasis en el debate y la evaluación de experiencias, descartando la posibilidad de una agenda definida *ex ante*. Los principales ejes de análisis serían:

- Las relaciones establecidas entre los usuarios, los profesionales productores de servicios, los organismos pagadores y la estructura reglamentaria.
- La búsqueda de un mecanismo de regulación que no signifique confiar la operatoria del sistema a los mecanismos de mercado, ni a una estructura centralizada y tecnocrática de decisión.

- La revisión y evaluación de las condiciones de autorregulación profesional y rol de agente, que son objeto de cuestionamiento.

Dos tipos de diferencias en la concepción de reforma merecen ser destacadas. La primera se vincula con las metas asignadas al proceso de cambio, que en las reformas de las décadas de 1970 y 1980 tienen que ver con definiciones de política distributiva a nivel macro y aspiraciones de integración social basada en la igualdad y el goce pleno de los derechos de ciudadanía, y en la reforma contemporánea expresan la preocupación por alcanzar mayor eficiencia en la utilización de los recursos sin perjudicar la calidad del servicio, garantizando a la totalidad de la población el acceso a la satisfacción de sus necesidades básicas de atención.

La segunda diferencia se vincula a los niveles donde el cambio debe generarse y a los actores involucrados. En la primera ola de reformas se esperaban cambios generados a nivel macro que luego se proyectarían hacia las instituciones de salud, el actor por excelencia de las transformaciones sería el Estado. En el proceso actual el principal escenario de cambio es el nivel meso, espacio donde se procesan las relaciones entre financiadores, proveedores y pacientes; los agentes del cambio serían diferente tipo de organizaciones —de índole política, social y/o económica— y las instancias de regulación, cuya ubicación y dinámica dependería de la estructura finalmente resultante en cada uno de los sistemas.

## Un recorte sesgado del debate sobre reforma

El debate sobre la actual reforma es amplísimo y su sistematización desborda los objetivos de este libro. No quiero decir con esto que cualquier recorte sería arbitrario. Podría construirse un buen argumento seleccionando algunos temas que incluyeran, por ejemplo, en el costado de la provisión de servicios de la preocupación por la eficiencia —asignativa, productiva, dinámica— y en el lado de la financiación, el dinámico y fructífero debate sobre las distorsiones verificables en la organización del seguro: riesgo moral, selección de riesgo, selección adversa, asimetría de información. Si en cambio se quisiera recuperar transformaciones a nivel nacional se podría elegir entre las experiencias de Canadá, el sustancioso debate inconcluso sobre las reformas de mercado en el National Health Service en el Reino Unido, experiencias audaces y no suficientemente evaluadas como la holandesa, o el intrigante modelo alemán, tan parecido y diferente a la vez a nuestra propia modalidad de organización.

He preferido en este espacio recuperar una propuesta originada en EEUU, que sin embargo ha tenido impacto en algunas de las reformas europeas y se ha difundido a través de una expresión que ganó significación propia, independientemente de la formulación de su primer proponente: me refiero a la idea de *competencia regulada* o *competencia administrada*, sostenida por Alain Enthoven a partir de su propuesta de *managed competition*. La manera más directa de ingresar a ese tema, considero, es recuperar el debate generado en torno del Plan Clinton, en la campaña presidencial de 1992.

## *La reforma de la atención médica en la competencia electoral entre Clinton y Bush*

Durante la campaña que llevó a Clinton a la presidencia de los EEUU, los sistemas de *managed care* constituyeron uno de los focos del debate político sobre reforma de la atención médica<sup>2</sup>. La necesidad de esa reforma gozaba de relativo consenso en virtud de dos problemas acuciantes: el incremento de los costos de atención médica y la situación del creciente número de ciudadanos sin cobertura o con cobertura insuficiente (Hellander, 1995). La mayoría de las propuestas en debate eran variantes de tres enfoques básicos:

1. reformas orientadas al mercado que procuraban modificaciones incrementales en los mercados privados de seguro de salud;
2. planes de único pagador, financiados a través de impuestos para cubrir a todos los ciudadanos;
3. un camino híbrido hacia la cobertura universal llamado *play or pay*.

La propuesta de seguro con único pagador estaba inspirada en los éxitos logrados en términos de cobertura universal y control de costos por el sistema canadiense. Esa experiencia, tal como se desarrolló después de la década de 1970, sugiere que, si el financiamiento público estuviera acompañado por el uso de límites en un presupuesto global y pagos anualmente negociados a médicos y hospitales, un enfoque de único pagador podría reducir la tasa de incremento del gasto mientras maximiza la autonomía de los pacientes y proveedores (White, 1995). La idea de único pagador refiere en el debate actual en EEUU al hecho que todos los pagos por servicios de salud serían canalizados a través de una entidad única, sea el gobierno federal, el gobierno estadual o una organización regional cuasipública de algún tipo. Los servicios serían proporcionados por una variedad de médicos, hospitales y clínicas, la mayoría de los cuales serían de propiedad y gestión privada. Sus defensores llegaron a construir un excelente caso técnico en relación a que el enfoque de único pagador significaría suficientes ahorros en costos administrativos para cubrir a todos los no asegurados. El argumento se sostiene si se tiene en cuenta el importante porcentaje de gasto administrativo que genera el fragmentado sistema americano (Himmelstein & Woolhandler, 1986; Woolhandler y Himmelstein, 1991).

Incluso dentro de esta orientación, de decidido involucramiento gubernamental en la reformulación del sistema de servicios, se preserva algún espacio para el *managed care*. El proyecto presentado por el senador Kerrey, por ejemplo, preservaba el derecho de los ciudadanos y proveedores a utilizar una variedad de sistemas de provisión privados y se proponía el respaldo a pagos capitados preestablecidos (pagos que cubrieran prospectivamente toda la atención médica de una persona, con algún ajuste para las necesidades de diferentes tipos de personas) como mecanismo para estimular a los proveedores a reducir costos (Skocpol, 1997).

---

<sup>2</sup> Sobre ese debate puede verse: Angell *et al.*, 1992; Ginzberg, 1992; Morone & Belkin, 1994.

En el otro extremo del espectro ideológico, las reformas incrementales orientadas al mercado procuraban promover —pero no garantizar— la cobertura de seguro. Estos esquemas eran identificados durante 1991 y comienzos de 1992 con los republicanos, y fueron también apoyados por grupos privados y la Health Insurance Association of America, portavoz de los aseguradores privados. Incluían cambios en los límites de la responsabilidad por mala praxis, subsidios impositivos o créditos para apoyar la compra de seguro por las personas de menores ingresos, nuevas reglas para el funcionamiento del mercado (por ejemplo, limitar las variaciones de precio en seguro, requerir que las compañías incorporen a todos los grupos solicitantes, y eliminar exclusiones por condiciones médicas preexistentes). En la versión adoptada por el presidente Bush, se proponía la organización de *pools* de compra de seguro para pequeñas empresas, regulación de las prácticas de las compañías de seguro y de las demandas por mala praxis para reducir el precio de cobertura, y exenciones y créditos impositivos para hacer al seguro más accesible a las familias de bajo ingreso. También se proponía la difusión de formas de *managed care*, de modo de estimular los esfuerzos competitivos con el objeto de bajar costos. En la versión de algunos de sus comentaristas, la referencia a *managed care* es reemplazada por *atención coordinada (coordinate care plans)* (Angell *et al.*, 1992; Skocpol, 1997).

El tercer enfoque aplicado a las propuestas de reforma fue la modalidad *play or pay*, llamada así porque presentaba a los empleadores dos opciones de cobertura para su personal: o bien jugar en el sistema de atención médica ofreciendo seguro a todos los empleados, o bien pagar un impuesto para subsidiar la expansión de la cobertura gubernamental para los no asegurados.

Un programa público expandido, posiblemente sustituyendo Medicaid, cubriría a los americanos no ancianos, no empleados o no asegurados por sus empleadores. Estos esquemas eran híbridos e intentaban, según Skocpol, un *patchwork* con la cobertura universal y la preservación de elementos del sistema vigente. Sin embargo, la propuesta resistió las críticas formuladas por expertos y los cuestionamientos desde la izquierda y la derecha, y *play or pay* se convirtió en el enfoque ubicado en una cómoda posición de centro entre las alternativas existentes, considerado por muchos analistas como el más pragmático<sup>3</sup>.

Las iniciativas basadas en *play or pay* constituyeron una de las modalidades propiciadas por los demócratas, muy divididos en el debate sobre la reforma de la atención médica, y se encuentran en la base de la propuesta elaborada por Clinton.

Durante 1992, los estrategas de campaña del futuro presidente se mantuvieron en el interior de un estrecho corredor de alternativas políticas, adhiriendo a los fundamentos de la crítica conservadora a las agotadas soluciones liberales de *big government*, mientras intentaban reconstruir la confianza del electorado en la esfera pública a través de proyectos temáticos que se hacían cargo de demandas de la clase media.

Buscando ese camino intermedio en su propuesta de salud, Clinton gravitó hacia la idea de *managed competition*, como modalidad para la reforma que era

---

<sup>3</sup> Sobre seguro proporcionado por empleador, ver Mariner (1992).



explícitamente diferente de la alternativa liberal y la conservadora, y había sido elaborada por el economista Alain Enthoven, académico de la Universidad de Stanford. De este modo se daba respuesta a la preocupación de la clase media por el creciente costo de la cobertura de atención médica, y se esperaba despertar el interés de grandes empleadores y compañías de seguros en función de la confianza puesta en la competencia de mercado y los planes de *managed care* para promover eficiencia y reducción de los costos en la provisión de atención médica.

Junto con otros estudiosos de estas cuestiones, Enthoven había formado el Jackson Hole Group, un seminario de expertos en política de salud y representantes de la industria de atención médica que se encontraban periódicamente en Wyoming para desarrollar una propuesta de reforma para los EEUU. Esperaban dejar de lado fuertes dosis de financiamiento y regulación gubernamental, que eran vistas como una amenaza por los grandes aseguradores y los sistemas de provisión privados, y elaborar un sistema de competencia regulada que permitiera la implantación de una cobertura universal.

Enthoven y sus asociados proponían contribuciones obligatorias de los empleadores para financiar las primas de seguro. También favorecían una medida que podía haber sido políticamente explosiva: el establecimiento de un límite en las deducciones de impuestos para los beneficios proporcionados por el empleador, límite que estaría ubicado en el nivel de los planes más baratos de cada región. Esto obligaría a los empleadores y empleados a comprar seguro barato o pagar la diferencia en dólares post-impuestos. El concepto que fundaba la propuesta era la necesidad de estimular una conciencia de costos en el beneficiario del sistema.

El Jackson Hole Group se opuso con firmeza a cualquier tipo de control gubernamental directo sobre primas de seguro o aranceles médicos. Sus miembros recomendaban alguna regulación de los términos sobre los cuales el seguro debía ser ofrecido, y favorecían el establecimiento de *alianzas de compradores* para permitir a las compañías pequeñas y medianas la compra de seguro a precios más accesibles. Para recortar costos estos reformadores proponían descansar sobre negociaciones de mercado que estimularían la difusión de HMO y otras formas eficientes de provisión de *managed care* por grupos de proveedores, sobre la base de un paquete definido de servicios que incluyera atención preventiva.

Las ideas de Enthoven no tuvieron la misma acogida en el ala liberal del Partido Demócrata, que insistía sobre el riesgo de ver otra vez frustrada la posibilidad de alcanzar una cobertura universal genuina y no poder erradicar la práctica de discriminar entre grupos de riesgo, difundida entre las compañías de seguro privado. Sin embargo, algunos de sus integrantes construyeron un enfoque modificado para desarrollar una cuidadosamente regulada e inclusiva versión de *managed competition*. Un rol clave desempeñó Paul Starr, el reconocido historiador de los sistemas de atención médica en EEUU, que se mostró convencido de la posibilidad de diseñar un plan que asegurara cobertura universal y contención de costos a través de una competencia de mercado cuidadosamente regulada entre aseguradores y proveedores de atención médica (Starr, 1993; Skocpol, 1994).

Starr describe su propuesta como un programa fundado en las especificidades del estilo de vida americano. Al igual que el seguro de salud universal en otros países industrializados, cubriría un conjunto integral de beneficios para todos los ciudadanos y haría de la cobertura de salud un derecho de ciudadanía. Pero a diferencia de muchos otros sistemas, ofrecería a los consumidores la oportunidad de elegir entre planes de salud privados. El siguiente argumento que esgrime sobre la factibilidad de su propuesta se vincula a que está construida sobre instituciones ya arraigadas en el mercado de atención médica, como son los planes de salud que ofrecen cobertura integral, incorporando modalidades de mejora de calidad, y otras reformas ya experimentadas tanto en el sector público como en el privado. Por último, su estructura federal significa también la posibilidad de mejor adecuación al régimen político estadounidense: aunque la trama de cobertura, beneficios, protección del consumidor y financiamiento fuera nacional, los Estados tendrían la oportunidad de jugar una parte importante en la puesta en marcha de la reforma, y adaptarla a sus propias circunstancias (Starr, 1993).

Este rápido repaso de las posiciones debatidas sobre la reforma de la atención médica durante la campaña presidencial de 1992 permite señalar la importancia asignada a los mecanismos de *managed care* por diferentes actores, ubicados a lo largo de una línea muy amplia de diferenciación ideológica. Por tal razón dedicaremos algún espacio a sistematizar las ideas de Enthoven, que sigue siendo su más autorizado defensor en ámbitos académicos y políticos de debate sobre reformas de atención médica.

### *Información, pluralismo y competencia administrada*

Alain Enthoven elabora su propuesta durante más de una década, a través de algunos libros y múltiples artículos, no todos accesibles para el lector argentino (Enthoven, 1978, 1980, 1981a, 1981b, 1990, 1991, 1992, 1997; Enthoven & Kronick, 1989a, 1989b). Sus ideas fueron aplicadas a la reforma de los sistemas de servicios de Suecia, Holanda y el Reino Unido y participó en el desarrollo de proyectos y propuestas de reforma en diferentes lugares de Europa y los EEUU.

Aunque su propuesta se basa en fundamentos técnicos, elaborados a partir de un cuidadoso diagnóstico del sistema de servicios en los EEUU, tiene también un componente político estratégico, focalizado sobre el impacto que tuvieron las demandas de la profesión médica organizada en la configuración de un determinado modelo de organización y financiamiento de la atención, ahora objeto de cuestionamiento e intentos de reforma. En una conferencia organizada en 1997 por el Banco Mundial expresa esa idea a partir del concepto de *guild free choice*, que he optado por traducir como *libre elección corporativa*, al que hace responsable de buena parte de las fallas de mercado propias de la atención médica en su país:

Estas fallas del mercado fueron resultado del sistema de financiamiento y organización de la atención médica creado y sostenido por la profesión médica, un sistema caracterizado por Weller (1978) como libre elección

corporativa. Los principios de la corporación médica en EEUU y otros países fueron los siguientes... Primero, libre elección de proveedor significando que todo plan de seguro debe dejar a cada paciente completamente libre en la elección del médico y hospital para los servicios cubiertos sin discriminación. Este principio destruye el poder de negociación de los aseguradores: no pueden decir a un médico “nuestros asegurados no serán cubiertos por sus servicios si usted no acuerda con nuestros precios y controles de calidad”. Segundo, la libre elección de tratamiento, sin interferencia externa. Esto significa la no existencia de normas de práctica (descalificadas como “medicina de libro de cocina”) o gestión de calidad. Tercero, pagos por honorarios por servicio, que significan que ninguna entidad externa puede controlar el ingreso del médico. Él o ella podrán siempre ganar más haciendo más, ya sea o no que más atención sea necesaria o beneficiosa para el paciente (la expresión “honorarios por servicio” es frecuentemente utilizada para caracterizar el sistema íntegro). Cuarto, la negociación directa de honorarios entre médico y paciente. Si el paciente tiene dolor o está preocupado por su salud y sabe que depende de la buena voluntad del médico, y carece de información sobre la calidad, el precio y los estándares de tratamiento de otros médicos, no es probable que esté en condiciones de negociar con su médico como un igual. Y finalmente, la práctica individual. Los grupos de práctica de múltiples especialidades fueron resistidos porque podían producir una brecha en la red sin costura de coerción mutua a través de referencias, que la profesión utilizó para mantener el modelo corporativo. Y habían introducido un importante elemento de gestión de calidad a través de la revisión por pares. Se negaba privilegios de personal hospitalario, membresía en las sociedades médicas y referencias a los médicos que se desviarán de ese modelo. Entre las décadas de 1940 y 1960, lo que ahora llamamos HMO eran muy escasas en número y comparativamente pequeñas. Sufrieron la intensa oposición de la medicina organizada. La obligatoriedad de estos principios limitó el desarrollo de un mercado económico común en el cual pudieran desarrollarse enfoques alternativos para una atención costoefectiva. (Enthoven, 1997, p. 2).

Esa referencia al poder de la profesión médica se inscribe en una caracterización del sistema de atención médica estadounidense como producto de la interacción de diferentes grupos que perseguían intereses específicos, sin ninguna política pública con capacidad de actuar por encima de sus conflictos de modo de obtener un acuerdo general sobre las metas adjudicadas a ese sistema. Esto habría producido una profunda falla del mercado, con múltiples facetas.

Esa falla del mercado tendría su origen en cuestiones específicas vinculadas a la salud-enfermedad que producen en primer lugar una falla *natural* o *inherente*. La incertidumbre sobre la incidencia de la enfermedad y la eficacia de los tratamientos crea un deseo, natural entre las personas adversas al riesgo, de obtener la protección de un seguro contra gastos médicos que son impredecibles y pueden ser importantes. Junto al seguro se genera el riesgo moral (*moral hazard*) que estimula la falta de conciencia de costos por parte de las personas en relación a la atención que reciben.

Ese primer deslizamiento habría resultado reforzado por la conducta de los empleadores que aseguran los riesgos de salud de su personal sin ofrecerle opciones de elección entre diferentes planes en competencia. Los sindicatos, por su parte, consideran la cobertura integral como un elemento de negociación y la exigen a los

empleadores bajo modalidades de honorario por servicio. Empleadores y líderes sindicales no perciben a la atención médica como un problema de compra, en el cual comparten un interés común de obtener *value for money*.

Los corredores de seguro construyen otra dimensión de la falla del mercado, utilizando estrategias de *marketing* y diseño de producto, para seleccionar los mejores riesgos —individuos jóvenes y saludables, trabajando en actividades no expuestas— y evitar los peores. Diferencian sus contratos de cobertura, intentando crear una demanda inelástica, segmentando el mercado y volviendo muy difícil para los consumidores comparar la relación entre accesibilidad y costo de los diferentes planes y no pudiendo, por consiguiente, practicar una elección informada.

Finalmente, el gobierno fue un importante promotor de esa conformación de un mercado no competitivo. Excluyó las contribuciones para seguro del empleador del ingreso imponible de los empleados, creando un fuerte incentivo para adherir a los planes más costosos. Medicare y Medicaid fueron articulados en el modelo de libre elección corporativa. Y, por último, subsidió en forma generosa la expansión de las escuelas de medicina y el entrenamiento de especialistas mucho más allá de lo necesario.

Dejando de lado la cuestión de la manera peculiar en que Enthoven construye su concepción de *falla de mercado*, introduciendo factores organizativos y esquemas de poder que progresivamente erradican las posibilidades de competencia, resumiré ahora su visión de los principales rasgos de las organizaciones de *managed care*:

1. Contratación selectiva de proveedores. Los proveedores se seleccionan por razones de calidad y economía. La calidad no solo es importante en función de la satisfacción de los pacientes y la reputación de los aseguradores; también porque los errores cuestan dinero. En opinión de Enthoven, calidad y economía van de la mano.
2. Gestión de utilización, que puede ser simple o sofisticada. En el primer tipo se registra el desarrollo de normas que establecen la duración máxima de la estadía hospitalaria para determinadas condiciones, la utilización de *gatekeepers*, la autorización previa a una hospitalización, la utilización de enfermeras para promover las altas tempranas de pacientes hospitalizados. Las formas más avanzadas se basan en el reconocimiento de la incertidumbre médica y la amplia variación de las modalidades de práctica. Equipos de profesionales estudian condiciones particulares, revisan la literatura, analizan sus propios datos y recomiendan lineamientos de práctica sobre la base del consenso profesional en el interior del equipo.
3. Pago negociado. La idea básica es intercambiar un volumen importante de pacientes para obtener mejores precios. Estos pagos negociados a menudo incluyen conjuntos de servicios, por ejemplo, un pago total por día de internación, para diferentes tipos de pacientes, o un pago por caso.
4. Alguna forma de gestión de calidad. Por ejemplo, es probable que se realicen encuestas sobre satisfacción del paciente y se establezcan recompensas para los profesionales con mejores resultados. Las formas más sofisticadas intenta-

rán medir resultados, o desempeño de procesos, para informarlos a consumidores y compradores. (Enthoven, 1997).

En una reunión convocada por la OCDE en 1990, señala Enthoven que prefiere utilizar el término práctica de grupo prepaga antes que HMO, porque considera a este mucho más inespecífico. En su definición, las prácticas de grupo prepagas combinan multiespecialidades y pagos *per cápita* periódicos avanzando sobre un mercado competitivo. Los pacientes tienen siempre una opción anual de plan de salud, de modo que el grupo tiene incentivos para solucionar los problemas médicos de sus beneficiarios mientras trabaja para disminuir costos, es decir, para dar *value for money*. Este rasgo sería específico de los grupos que operan con una base prepaga y, por ello, los convierte en objeto de considerable interés. Su incentivo para buscar eficiencia, reconoce, está a menudo atenuado por falta de competidores serios, por prácticas de los empleadores, y rasgos de la legislación impositiva que subsidian las elecciones más costosas de los empleados en vez de estimularlos a seleccionar los mecanismos de atención médica menos onerosos.

A pesar de ese ambiente poco adecuado, las prácticas de grupo prepagas habrían desarrollado un número de características dignas de ser estudiadas y emuladas:

- Han atraído la lealtad, el compromiso y la participación responsable de sus médicos en la gestión.
- Han conseguido tender un puente entre las culturas de médicos y administradores, que trabajan juntos en un clima de respeto mutuo.
- En su práctica se recompensa hacer el diagnóstico correcto con prontitud y tratar al paciente sin provocar complicaciones.
- Han sido líderes en medidas sistemáticas de calidad y control. Combinan los recursos utilizados conforme a las necesidades de la población, incluyendo tipo y número de médicos.
- En cada especialidad los médicos tienen completas sus agendas de cita para ver y tratar pacientes cuyos problemas corresponden a su conocimiento específico. Esto es bueno para eficiencia y economía.
- Concentran los servicios especializados en centros regionales para asegurar economías de escala y experiencia.
- Han sido pioneras en el uso de instalaciones de tratamiento menos costosas que la internación hospitalaria: cirugía y otros tratamientos sobre una base ambulatoria, y atención domiciliaria.
- Han procesado evaluaciones de tecnología y organizado respuestas a los cambios tecnológicos.
- Han innovado eficientemente en el uso de personal paramédico, como practicantes de enfermería.
- Promueven una interacción sistemática entre especialistas y generalistas; con relativa facilidad el generalista puede llamar al especialista para una consulta en la cual ambos examinan al paciente y discuten juntos el tratamiento (Enthoven, 1990).

En la búsqueda de una forma organizativa para el seguro de atención médica que supere los límites de libre mercado y no adopte la cultura del monopolio público, Enthoven considera que una organización deseable debería separar el lado de la demanda del de la oferta, de modo que una demanda independiente represente los deseos de los consumidores y contribuyentes ante los proveedores, defina estándares, medidas de desempeño, y formule opciones.

Un arreglo deseable sería un lado de la demanda que esté bien informado sobre los costos y beneficios producidos por diferentes proveedores. Este es el mecanismo por el cual una información cuidadosamente diseñada y públicamente accesible, utilizada por grandes núcleos de compradores, permitiría un mayor equilibrio en el mercado de atención médica.

El concepto de *managed competition*, que sintetiza la propuesta de Enthoven relativa a lo que denomina *un arreglo deseable* reúne dos ideas. La primera se apoya en la multiplicidad de formas de organización para financiar y proporcionar atención médica que compiten con diferente éxito en el mercado estadounidense, aplicando estrategias innovadoras para equilibrar calidad y costo. La segunda, se vincula con la presencia en el mercado de seguro de salud en EEUU de tres grandes grupos portadores de diferentes intereses: consumidores, aseguradores (incluyendo grupos de práctica prepaga y otros sistemas) y *sponsors*. El concepto de *sponsor* es el eje que utiliza Enthoven para articular información y competencia en el mercado. Los *sponsors* son los grandes compradores grupales, en particular los grandes empleadores, las coaliciones de empleadores, el gobierno federal para sus empleados y los beneficiarios Medicare, y los gobiernos de los Estados para su propio personal y el programa Medicaid. En la propuesta de competencia administrada el rol a cargo del *sponsor* sería estructurar el mercado y diseñar y administrar activamente un proceso de elección informada y consciente de los costos por parte del consumidor, de manera de estimular a las organizaciones de financiación y provisión a producir una combinación favorable de eficiencia y equidad.

Eficiencia significa en la acepción que le asigna Enthoven *value for money*, es decir recibir una atención acorde el precio pagado. Esa acepción se identifica con la lectura que hacen Le Grand & Bartlet (1994) del concepto de eficiencia productiva, relacionando explícitamente los costos de un servicio a la cantidad y calidad de su provisión. Con ese criterio una unidad proveedora es eficiente si sus actividades están organizadas de modo tal que los costos de proveer cualquier calidad o cantidad determinada de servicio están minimizados. Para Enthoven esta concepción de eficiencia supone concebirla bajo la forma en que pueden exigirla consumidores informados. Equidad significa que el enfermo no tenga que pagar más de lo adecuado para cobertura y atención. Así, el *sponsor* debe administrar un proceso de elección del consumidor que recompense con mayores suscriptores a aquellos esquemas que producen mejor calidad y atención de menor costo y desaliente el ingreso en aquellos que seleccionan riesgos, segmentan el mercado ofreciendo primas calculadas según riesgo individual y no contribuyen a promover la calidad y economía de la atención (Enthoven, 1990).

Para terminar de precisar el concepto puede ser útil la síntesis elaborada por el mismo Enthoven de su concepción de *managed competition*:

1. La existencia de organizaciones de *managed care* en número suficiente para desarrollar mercados competitivos. Una gran variedad de entidades debe participar en la competencia.
2. *Sponsors*: agentes inteligentes activos que pueden crear los mercados, contratar con las organizaciones de *managed care*, establecer reglas, monitorear la aceptación y el progreso, ofrecer a los suscriptores opciones periódicas.
3. Medidas para configurar una demanda que sea elástica al precio, incluyendo elección periódica, facilidad de cambio, responsabilidad del suscriptor por diferencias de primas e información sobre competidores.
4. Gestión de la selección de riesgo incluyendo una instancia independiente de compensación para el enrolamiento, reglas que aseguren a los consumidores el plan de su elección, contratos estándar, implementación eventual y progresiva de ajustes de primas según riesgo.
5. Reglas equitativas en relación a fijación de precios, acceso y enrolamiento.
6. Información sobre desempeño de planes de salud para los consumidores.
7. Organización de *pools* de compra donde fueran necesarios.

### *La preocupación por el desarrollo de información*

Cuando Enthoven describe como una nueva forma de integración la vinculada con la obtención u utilización de información sobre el paciente —como vimos en el capítulo anterior— está haciendo referencia a un componente estratégico de la atención gerenciada, que en su perspectiva brinda oportunidades de mejor conocimiento de los procesos de atención tanto a nivel micro, en la medida en que apoya la conducta prescriptiva del profesional individual, como en instancias macro, posibilitando su evaluación en términos de resultados, calidad y costos en relación a las poblaciones cubiertas:

Mientras la información sobre diagnóstico y tratamiento se encontraba, en el modelo tradicional, dispersa a través del sistema, los nuevos sistemas desarrollan registros longitudinales integrados para cada paciente, de modo que cada proveedor que contacta con un paciente puede tener un cuadro completo de su historia clínica, que ayuda a evitar la duplicación de pruebas y las interacciones perjudiciales de fármacos. Y la información puede servir como base para la investigación sobre la relación entre diagnósticos, tratamientos y resultados que no es posible realizar sin tal información. (Enthoven, 1997, p. 10).

En una perspectiva micro, las organizaciones de *managed care* habrían comenzado a prestar atención a las herramientas de información y control de gestión que muchas



empresas modernas consideran indispensables para planificar y administrar su actividad de manera eficiente. Los sistemas de atención médica estarían comenzando a aprovechar en amplia escala las oportunidades de competencia que proporciona la información.

En la opinión de este economista, la preocupación por la eficiencia constituiría un fenómeno reciente en los sistemas de atención médica. Habría crecido en paralelo al aumento del gasto y acompañaría la preocupación por limitar su crecimiento. Hasta recientemente la eficiencia en la asignación de los recursos habría sido raramente planteada de alguna manera fundamental, no solo en los EEUU sino también en sistemas integrados como el inglés o el sueco. La creación de instituciones que motivaran sistemáticamente una conducta eficiente por parte de los proveedores habría recibido aún menos atención. La eficiencia en el uso de recursos no habría formado parte de la cultura de las profesiones médicas (Enthoven, 1990).

De todos modos, Enthoven reconoce que desarrollar un sistema realmente satisfactorio de información sobre gestión constituye una tarea compleja. Esa tarea sería impensable antes de la llegada de la tecnología informática moderna, ya que la recolección y procesamiento del tipo de datos que conforman un instrumento adecuado hubiera sido demasiado costosa. En la actualidad, sin embargo, estaría disponible una “poderosa, flexible y económica tecnología de información para lograr sistemas verdaderamente valiosos de información médica y financiera para planificación, gestión, análisis y evaluación” (Enthoven, 1990, p. 59).

Un ejemplo posible, orientado a la compilación de información sobre producción hospitalaria, es el *Uniform Hospital Discharge Data Set* (UHDDS), que cuenta con la información provista en forma obligatoria de toda la atención financiada por Medicare y Medicaid, y de toda la atención hospitalaria en algunos Estados, tales como California y Maryland. La información UHDDS ha servido como base para desarrollar grupos relacionados por diagnóstico (DRG), registros longitudinales completos, medidas de resultado ajustadas según riesgo, gestión de resultados, revisión de utilización y revisión por pares. Para que estos desarrollos tengan lugar ha sido necesario que los datos estén a disposición de los investigadores en servicios de salud, una vez removida la identificación del paciente.

No considera sin embargo Enthoven que en EEUU haya desarrollos definitivos en el manejo de la información de costos. Señala por el contrario que los intentos del gobierno a comienzos de la década de 1980 para obtener informes uniformes sobre costos, fracasaron en parte porque los hospitales consideraron que la información detallada sobre costos constituía un secreto comercial en un sistema competitivo y pluralista. Sin embargo, recupera positivamente la experiencia de recolección y análisis de información que permitió la elaboración de los DRG.

Kaiser Permanente ha aprovechado los avances producidos en la elaboración de DRG. para utilizarlos como una herramienta de gestión. Los administradores de hospitales son evaluados sobre la base de su capacidad de controlar el costo por caso, con los DRG. como *mix* de medición de casos. Los administradores hospitalarios con costos por caso superiores al promedio han sido inducidos a llevar sus costos por debajo del nivel prevaleciente en los hospitales de bajo costo.

Esta y otras experiencias conducen a Enthoven a considerar que si existiera un registro nacional uniforme de altas hospitalarias sería posible para cada país preparar informes regulares por edad y sexo, estandarizados por tasas *per cápita* de hospitalización por DRG y procedimiento, por distrito, departamento o condado de origen del paciente. Tales informes, cuando vuelven a los médicos, podrían ayudar a los que no entran en el estándar a evaluar las razones. Un distrito de bajo uso puede justificar mayores costos por caso en ciertos diagnósticos, porque son hospitalizados menos pacientes que en otros distritos y solo cuando están más enfermos. Estos datos podrían usarse para definir áreas de alta incertidumbre médica que afecte a gran número de pacientes y facilitar estudios posteriores. A continuación, incorporaré algunos ejemplos de este tipo de registros, tomados de Enthoven y otros autores.

### *Medidas de resultado ajustadas por riesgo*

Un importante y prometedor nuevo desarrollo en los EEUU ha sido denominado Medidas de Riesgo Ajustadas por Resultado (Risk Adjusted Measures of Outcomes, RAMO), llevado adelante por Mark Blumberg, del Kaiser Permanente Medical Care Program. Los pasos del proceso son los siguientes:

- seleccionar una población bajo estudio,
- seleccionar un tema de atención médica (por ejemplo, un procedimiento o acontecimiento),
- seleccionar medidas apropiadas de resultado,
- identificar variables independientes que miden el riesgo de resultado adverso (ejemplo, peso al nacer, edad, presencia de múltiples diagnósticos),
- desarrollar una técnica para estimar el riesgo esperado de resultado adverso (ejemplo, regresión múltiple, análisis recursivo),
- estimar la probabilidad de resultado adverso para cada caso,
- comparar el número real de resultados adversos con el esperado para cada proveedor,
- cuando hay diferencias significativas, investigarlas (Blumberg, 1986).

El primer ejemplo fue el estudio de mortalidad perinatal en California llevado adelante por Williams *et al.* (1980) que luego tomó la forma de un informe anual que compara la mortalidad real con la esperada para cada hospital de California. Blumberg analizó recientemente la mortalidad por cirugía electiva en Maryland (Blumberg, 1988). Y la Health Care Financing Administration, que administra el programa Medicare, está reportando mortalidad ajustada por riesgo por hospital entre sus beneficiarios.

Enthoven señala, sin embargo, que esta investigación está todavía en su infancia, con muchos problemas a superar, incluyendo seguridad en los datos, desarrollo de modelos adecuados de ajuste por riesgo, identificación de medidas apropiadas de resultado, y superación del sesgo estadístico en la estimación. Sin embargo, análisis

de datos de este tipo, interpretados por personas que utilizan un juicio informado, permitirían evaluar resultados de atención. En los EEUU, los proveedores se oponen a la publicación de cualquier dato que pueda vincular resultados con proveedores específicos. También se oponen a las estrategias de control de costos, argumentando que podría amenazar la calidad de la atención. En consecuencia, gobierno y empleadores han comenzado a medir la calidad de atención en forma directa y procuran corregir la atención de calidad deficiente.

### *Gestión de resultados*

Paul Ellwood, director del instituto de investigación en salud InterStudy, ha propuesto un concepto que denomina “*outcomes management*”, que supondría la creación de una base de datos nacional que contenga información y análisis sobre resultados clínicos, financieros y de salud, de modo que haga posible estimar la relación entre las intervenciones médicas y los resultados de salud. Sería indispensable además garantizar una oportunidad para cada tomador de decisiones de tener acceso a los análisis relevantes para las decisiones a su cargo (Ellwood, 1988). InterStudy trabaja con centros médicos para implementar y definir la base de datos común. Los datos propuestos incluirán descripción del paciente, información diagnóstica, terapias, informes periódicos por el paciente sobre calidad de vida, resultados médicos específicos, y complicaciones peculiares a la enfermedad o terapia del paciente.

William Roper, que ha sido director de la Health Care Financing Administration, y sus colaboradores, respondieron a la propuesta de Ellwood con una iniciativa que supone un proceso de cuatro etapas, incluyendo monitoreo, análisis de variación, evaluación de intervenciones, y *feedback* y educación. (Roper *et al.*, 1988).

### *Estándares de servicio y acceso*

Grandes grupos de práctica de multiespecialidades han trabajado en el diseño y operación de sistemas para mejorar el acceso, de manera de competir efectivamente con grupos pequeños o médicos individuales. Kaiser Permanente ha experimentado con clínicas de diferentes tamaños y sistemas de panel de atención primaria. Han encontrado que los tiempos de espera pueden ser reducidos e incrementada la satisfacción del paciente, sobre la base de procedimientos diseñados según la ingeniería de gestión y los estudios de investigación operativa. Los sistemas mejorados de almacenamiento electrónico y búsqueda de historias clínicas ofrecen un gran potencial de ahorro de tiempo para pacientes y médicos.

Conforme a los resultados obtenidos en estudios parciales es posible desarrollar y publicar estándares de servicio y acceso, crear sistemas de medición de desempeño, y publicar regularmente los resultados (Enthoven, 1990).

## *Medidas de satisfacción del paciente*

Allyson Davies y John Ware de la Corporación RAND desarrollaron un cuestionario sobre satisfacción del paciente para evaluar el impacto de diferentes modalidades de financiación de atención médica sobre la satisfacción del paciente (Davies & Ware, 1988). Algunos empleadores norteamericanos aplican encuestas a sus empleados para conocer percepciones sobre la calidad de la atención recibida y devuelven los resultados a las organizaciones que les proporcionan servicios. La iniciativa está dirigida a identificar necesidades y motivar mejoras en servicio y atención. Para proporcionar información útil, las preguntas deben estar centradas sobre aspectos específicos de la provisión de servicios. Los cuestionarios son diseñados y administrados por organizaciones independientes del sistema de atención y que comparten el punto de vista del consumidor (Enthoven, 1990).

## *La experiencia específica de uso de la información en managed care*

La recopilación de experiencias que nos ofrece Enthoven respalda su perspectiva de que la información se ha revelado como un instrumento estratégico en la moderna gestión de la atención médica. Las bases de datos de las empresas de *managed care* pueden tener un doble punto de mira. Hacia adentro constituyen un elemento de control de costos, hacia afuera un instrumento de *marketing*, informando a posibles suscriptores sobre la viabilidad financiera de la institución y los alcances de su cobertura de atención médica.

Las OMC enfrentan considerable presión para documentar el valor de sus beneficios. Con frecuencia los empleadores exigen datos sobre utilización y costo de servicios, perfil demográfico de los miembros del plan, calidad de atención y estabilidad financiera. Algunos utilizan la información como una herramienta de *screening* y pueden negarse a enrolar a sus empleados en organizaciones que no están en condiciones de proporcionar datos. Más frecuentemente, los empleadores esperan grupos de datos específicos, para incorporarlos a su contabilidad, que en general son indicadores de estabilidad financiera y calidad. Consideran que estos datos son útiles para negociar o evaluar primas y para comparar entre diferentes OMC.

Los cambios en las formas de organización también han incrementado la necesidad de datos. Desde un modelo basado en planes de grupo y *staff*, organizados en torno a prácticas de grupo de multiespecialidades comprometidas a *full*, se avanza en la diversificación a través de la inclusión de más planes con sistemas de provisión descentralizados; estos cambios incrementan la necesidad de datos para monitorear, controlar y compensar por servicios provistos a través de la red.

Los empleadores presionan por métodos de cálculo de primas que tomen en cuenta diferencias en utilización probable por clase de beneficiario o grupo empleador; las OMC necesitan desarrollar métodos que relacionen utilización y costos, tanto a tipos de individuos como a grupos de empleadores particulares (Gold *et al.*, 1989).

La Group Health Association of America (GHAA), fundada en 1959, es la mayor y más antigua asociación nacional que representa a sistemas prepagos de *managed care*. Anticipando la futura presión sobre el registro de datos en los planes ofrecidos por sus miembros inició en 1983 una base de datos comparativa para sistemas de *managed care*. Financiado con subsidios de las fundaciones Kayser y Prudential, el proyecto procura identificar los indicadores de mayor utilidad y encontrar definiciones operacionales que pudieran aplicarse a la totalidad de las modalidades de organización.

La estructura de la base de datos se basa en los tres principales componentes de la información relacionada con un plan: enrolamiento, utilización y finanzas. No se ha generado información sobre calidad, en gran parte por la complejidad de este concepto y las dificultades para medirlo a partir de información estandarizada. En su reemplazo se ha elaborado una encuesta sobre satisfacción del consumidor que puede ser utilizada para desarrollar medidas objetivas y confiables de satisfacción del paciente comparables entre diferentes opciones de plan.

Los datos sobre enrolamiento incluyen sus fuentes, composición por edad y sexo, perfiles de contrato y cambios. Esta información es importante para funciones de control ya que estos sistemas están sostenidos sobre una base de participación por miembro. Las primas son percibidas, la utilización se produce y los gastos se generan sobre la base de la membresía. Desde el punto de vista del control, la gestión analiza las tendencias de enrolamiento que afectan la operatoria en términos de ingreso por primas y gastos.

La información sobre utilización diferencia utilización en ambulatorio y en internación. Los datos sobre ambulatorio registran encuentros, es decir contactos cara a cara entre un beneficiario y un proveedor principal, y no sobre visitas que permiten múltiples encuentros, en una ocasión singular en el punto de provisión, como suele suceder cuando se utilizan prácticas de grupo de multiespecialidades. Los encuentros se registran en relación al tipo de proveedor y a características demográficas seleccionadas del paciente. Los datos sobre internación se centran en altas y días de atención para diferentes servicios y tipos de instalación, la duración de la estadía es una variable controlada por diseño.

Los elementos financieros incluyen hoja de balance, ingresos y gastos. El informe de resultados proporciona diferentes indicadores y tasas sobre financiación, incluyendo rentabilidad, estructura de capital e ingresos y gastos (por miembro, por mes y por tipo). Estos indicadores están particularmente diseñados para reflejar el sistema operativo de la organización, poniendo el eje en los costos por miembro, por mes, y no en los costos unitarios, que constituyen típicamente el centro de interés en los sistemas de honorarios por servicio. Sin embargo, algunas medidas por unidad —particularmente para la atención en internación— se incluyen en el informe de resultados (Gold *et al.*, 1989).

Para la gestión interna de una OMC la información sobre utilización tiene aplicaciones análogas a la información sobre producción en una industria, ya que se trata de una productora de servicios. Desde una perspectiva de control debe manejar información de manera de proporcionar alta calidad de servicios sin superar el techo

de los ingresos por primas. La gestión de utilización (funciones tales como control de utilización o *utilization review*) realizada para gerenciar la provisión de servicios de salud también proporciona predicciones sobre el nivel de sensibilidad para servicios en ambulatorio e internación.

Los procedimientos para utilización y revisión de la atención hospitalaria incluyen autorización previa o aprobación de las admisiones y revisión de la duración de la estadía en comparación a una norma. Por ejemplo, si se trata de una cirugía electiva, la admisión en el hospital debe ser autorizada o aprobada por el director médico de la OMC o su comité de revisión de utilización. Esto permite gestionar el uso de servicios relativamente costosos monitoreando las admisiones. Cuando estas han sido aprobadas se monitorea la duración de la estadía. Muchas OMC utilizan enfermeras de atención continua para visitar a sus beneficiarios en el hospital y, al mismo tiempo, comprobar la estadía. En algunos planes, una cifra de duración de estadía derivada de la Professional Activities Survey (PAS) es colocada como un disparador para cada admisión. Si la duración de la estadía excede esa cifra debe justificarse a través de un director médico, una enfermera de atención continua o un comité de revisión (Plotnick, 1985).

Algunos planes referencian sus beneficiarios a proveedores en la comunidad, remunerándolos por honorario por servicio. El control sobre estas referencias se ejerce a través de límites en el número de servicios permitido, o bien formalizando relaciones con estos proveedores y aplicando una retención.

Otro método de gestión de utilización es a través del *mix* de servicios proporcionado. Se tiene en cuenta, por ejemplo, la posibilidad de realizar cirugía ambulatoria en instalaciones propias. Los gerentes médicos deben desarrollar programas innovadores y mejorar la imagen del servicio mientras gestionan la utilización. Un ejemplo posible de este mecanismo de gestión es el programa de alta obstétrica temprana.

La información sobre utilización incluye un registro de historia clínica, empleador, edad, sexo, fecha de utilización, diagnóstico y pagador. Para utilización dentro del sistema propio, es decir, los hospitales propios, proveedores bajo salario o contrato, la información incluye el proveedor o tipo de proveedor, el departamento o especialidad, el procedimiento o tipo de visita, y un valor de costo estimado o relativo (pocas HMO aplican costos a sus servicios propios). Para utilización por fuera del sistema propio, es decir, hospitales o proveedores comunitarios, la información incluye el proveedor que hizo la referencia, el hospital o proveedor referido, el procedimiento, plan de tratamiento o días de hospital, y el costo (el costo real está disponible en este caso en la medida en que se genera una orden de pago).

La tarea de control de utilización de rutina incluye los calendarios de citas, la tabulación de la información sobre encuentros o visitas en consultorio y el registro de la información en una historia clínica. La mayoría de las HMO tabulan los encuentros de modo automático y generan informes de servicios por proveedor específico o tipo de proveedor. Cuando se utilizan registros automáticos puede captarse información sobre diagnóstico. Muchas HMO están utilizando sistemas computarizados

de citas para registrar el movimiento por proveedor y monitorear los tiempos de espera para diferentes servicios.

Datos comparativos sobre utilización incluidos en una única base de datos proporcionarían el estándar externo contra el cual pueden ser comparados los niveles de utilización. El número de días de internación y altas por mil beneficiarios para servicios agudos y no agudos permitiría a los gerentes comparar su nivel de utilización para amplias áreas de servicios con una tendencia a nivel general. Toda la información sobre utilización debería ser ordenada según edad, sexo y fuente de enrolamiento para permitir comparaciones (Plotnick, 1985).

## Modelos de organización

### *Relaciones entre financiadores, proveedores y población cubierta*

En el documento publicado por la OCDE (1992) que ya he citado, Jeremy Hurst propone un esquema clasificatorio relativamente simple, con capacidad de diferenciar modelos de organización de servicios. La estrategia analítica descansa en identificar una serie de subsistemas —construidos sobre la combinación entre modalidades de financiamiento y modalidades de provisión— que podrían encontrarse en diferentes combinaciones en la mayor parte de los países.

Los seis subsistemas así identificados resultan de dos formas de financiamiento:

1. a partir de primas voluntarias o privadas; y
2. sobre la base de impuestos o contribuciones obligatorias o públicas (Una tercera forma de financiación está representada por los pagos directos de bolsillo, presentes de manera parcial en un número importante de subsistemas).

Estas formas de recaudación de recursos se combinan con tres modalidades de organización de la provisión de los servicios:

1. reembolso a pacientes de facturas médicas (seguro de indemnización) sin conexión entre aseguradores y proveedores;
2. contrato directo con proveedores, que son a menudo independientes, generalmente con sistemas de pago relacionado con el trabajo realizado.
3. propiedad y administración por parte de los proveedores, en un modelo integrado, generalmente sin sistemas de pago por trabajo realizado.

Las combinaciones resultantes permiten a Hurst identificar modelos que coinciden con los elaborados por Evans en un trabajo cuyas bases conceptuales ya adelanté. Intento resumir en el Cuadro 1 las principales características de tales modelos, identificando en primer lugar reglas de juego y luego incentivos y desincentivos resultantes. El primero de los identificados es un modelo teórico, el propio de la práctica



**Cuadro 1. Modelos de organización y financiamiento de la atención médica.**

Modelo	Reglas de juego	Incentivos y desincentivos en relación con eficiencia, calidad y cobertura
Modelo voluntario con pago de bolsillo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ acuerdos directos y pago de bolsillo entre consumidores y proveedores.</li> <li>▪ flujos de referencia entre proveedores de primer y segundo nivel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ consumidores conscientes de costos y elección de proveedor.</li> <li>▪ acceso depende de capacidad de pago (no existe el riesgo compartido).</li> </ul>
Modelo voluntario con pago por reembolso	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ seguro de indemnización.</li> <li>▪ mínima interferencia en las relaciones entre pacientes y proveedores.</li> <li>▪ pagos directos de honorarios por servicio.</li> <li>▪ primas relacionadas con riesgo.</li> <li>▪ acceso depende de capacidad de pago</li> <li>▪ copagos destinados a desalentar consumo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ permite compartir riesgo.</li> <li>▪ fuerte incidencia de costos administrativos.</li> <li>▪ los pacientes no tienen incentivos para reducir su demanda (riesgo moral).</li> <li>▪ el honorario por servicio significa incentivos positivos para estimular demanda.</li> <li>▪ la competencia estimula el volumen y calidad de servicios y aumenta los precios.</li> <li>▪ el sobreuso será estimulado si hay subsidio impositivo.</li> <li>▪ incentivo a selección de riesgo por parte de aseguradores.</li> <li>▪ individuos con bajo ingreso y condiciones preexistentes pueden resultar excluidos.</li> </ul>
Modelo público con pago por reembolso	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ contribuciones por ingreso y subsidios para los pobres.</li> <li>▪ riesgo compartido entre poblaciones.</li> <li>▪ no existe competencia entre cuerpos financiadores.</li> <li>▪ pagos directos de honorarios por servicio a proveedores.</li> <li>▪ pueden existir copagos.</li> <li>▪ no hay vinculación entre financiadores y proveedores.</li> <li>▪ elección del consumidor entre proveedores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ puede controlar problemas de equidad y selección de riesgos.</li> <li>▪ puede existir riesgo moral, demanda inducida por el proveedor, costos administrativos</li> </ul>
Modelo voluntario con pago según contrato	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ competencia entre aseguradores.</li> <li>▪ primas sobre tasas comunitarias.</li> <li>▪ relaciones contractuales entre financiadores y proveedores independientes.</li> <li>▪ pagos por servicio o capacitación de financiadores a proveedores directos.</li> <li>▪ aseguradores con incentivos y medios para negociar las modalidades de atención.</li> <li>▪ médicos de atención primaria pueden actuar como gatekeeper.</li> <li>▪ aseguradores pueden estar controlados por consumidores, médicos y otros proveedores; organizaciones privadas independientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ potencial de mayor macro y micro eficiencia que el modelo voluntario por reembolso.</li> <li>▪ subsisten problemas de equidad.</li> <li>▪ competencia entre proveedores conducida por financiadores más que por consumidores (estos solo eligen entre proveedores bajo contrato).</li> <li>▪ bajo control de consumidores u empresas independientes y pago por capacitación puede lograr ahorros sin perjuicio de calidad.</li> <li>▪ limitada capacidad para potenciar equidad o solidaridad.</li> </ul>
Modelo público con pago según contrato	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ seguro obligatorio, fondos de enfermedad o cuerpos financiadores que generalmente no compiten.</li> <li>▪ contribuciones obligatorias relacionadas con el ingreso o imposición general.</li> <li>▪ pagos por prestación o capacitación a proveedores independientes, que pueden ser organismos públicos.</li> <li>▪ pueden existir métodos de pago vinculados con carga de trabajo.</li> <li>▪ terceros pagadores: múltiples fondos de enfermedad; agencias de gobierno; proveedores de primer nivel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ controla problemas de equidad y selección de riesgo, puede asegurar cobertura universal.</li> <li>▪ cuando exista elección del proveedor por el paciente habrá competencia por cantidad y calidad de servicios, no sobre precios.</li> <li>▪ puede haber eficiencia micro si se utilizan incentivos o regulación en los contratos.</li> </ul>
Modelo voluntario integrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aseguradores independientes que compiten entre sí, tienen sus propios servicios y emplean médicos bajo salario.</li> <li>▪ libre elección de asegurador, restricciones en la elección de proveedor.</li> <li>▪ primas según riesgo: el acceso al seguro depende de la capacidad de pago.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ incentivos de competencia.</li> <li>▪ potencial para macro y micro eficiencia.</li> <li>▪ mejores condiciones de gestión cuando utiliza médico <i>gatekeeper</i> y contratos de empleo.</li> <li>▪ ahorros administrativos por integración vertical.</li> <li>▪ incentivos a subprestación balanceados por competencia entre aseguradores.</li> <li>▪ selección de riesgo.</li> <li>▪ no contempla grupos vulnerables</li> </ul>
Modelo público integrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ contribuciones obligatorias o imposición general.</li> <li>▪ cuerpos de financiamiento público en niveles central o locales de gobierno.</li> <li>▪ pagos a proveedores por salarios y presupuestos globales.</li> <li>▪ gobierno principal asegurador y principal proveedor</li> </ul>	

Fuente: Evans (1981); OECD (1992).

liberal de la medicina, hoy subsistente tan solo para intervenciones de rutina de bajo costo y medicamentos no prescriptos.

Pese a la diversidad de modalidades organizativas, hay una serie de dificultades en el cumplimiento de los objetivos de eficiencia, control de costos y equidad en el financiamiento y provisión de atención médica, reconocidas en la mayoría de los países industrializados que han puesto en marcha reformas en las últimas dos décadas. Con diferente peso según países, estas dificultades incluyen:

- continuación del rápido crecimiento del gasto en salud en algunos países y presiones para mayor gasto en todos;
- preocupación en torno de atención excesiva o innecesaria y sobre medicalización de problemas sociales en algunos países;
- preocupación en torno de atención inadecuada y atención impersonal y falta de *responsiveness* por parte de los proveedores en algunos países;
- continuación del aumento de colas y tiempos de espera en algunos países;
- evidencia sobre grandes e inexplicables variaciones en actividad y costos unitarios entre y en el interior de los países;
- preocupación por falta de coordinación entre proveedores en la mayoría de los países;
- evidencia sobre permanencia de desigualdades en salud, en acceso a atención médica y en pago por atención médica en varios países (OECD, 1992).

Hurst enfoca el problema considerando si las circunstancias que se encuentran en la base de estos problemas son susceptibles de mejora a partir de la intervención de los gobiernos. El resultado se resume en la siguiente enumeración:

1. Circunstancias más o menos fuera del control del gobierno;

- Variaciones en la salud de los individuos que son resultado de factores biológicos, culturales y sociales;
- Envejecimiento de la población que tiende a aumentar costos, ya que los ancianos son mayores utilizadores de servicios;
- Crecientes expectativas sobre estándares de atención médica que afectan servicios financiados públicamente; y
- El continuo avance del incremento de costo de la tecnología médica.

2. Factores que se ubican fundamentalmente dentro de la competencia de los gobiernos:

- Incentivos financieros inapropiados para los proveedores;
- Prácticas monopólicas y restrictivas ejercidas por proveedores;
- Estructuras organizativas y de gestión inapropiadas;
- Mecanismos de regulación pobremente diseñados; y
- Brechas subsanables en la información sobre efectividad y costos.

Aun considerando los problemas que se ubicarían bajo la competencia de los gobiernos, Hurst reconoce los obstáculos existentes para su regulación, obstáculos que ubica adecuadamente en el campo político:

Los gobiernos se encuentran también limitados para introducir reformas por los formidables obstáculos políticos al cambio y por dificultades para implementar reformas en los grandes sistemas públicos. Aun cuando estén convencidos de la superioridad técnica de los nuevos arreglos, los gobiernos no están siempre en una posición fuerte para introducir cambios. Un modelo útil de la estructura política del sistema de atención médica diferencia entre tres principales grupos de interés: consumidores, racionalizadores administrativos y profesionales monopólicos (Alford, 1975). El consumidor es a menudo el más débil y los profesionales monopólicos los más fuertes. Sosteniéndose por detrás de los racionalizadores administrativos, los gobiernos están a menudo obligados a enfocar con precaución reformas en la atención médica. Esto es especialmente cierto cuando, como sucede frecuentemente, el consumidor toma posición con el profesional en la oposición al cambio. (OECD, 1992).

### *El conflicto político en el interior del sistema de atención médica*

Hurst identifica, a mi criterio adecuadamente, la naturaleza política de los obstáculos que enfrentan posibles intervenciones del gobierno destinadas a mejorar la eficiencia asignativa y técnica, la calidad y adecuación a las necesidades del paciente de las organizaciones de atención médica. Sin embargo, su registro de los principales grupos de interés que operan en los sistemas de servicios —consumidores, profesionales monopólicos y racionalizadores administrativos— no parece ubicar el problema en el nivel macropolítico, sino en las resistencias generadas en el interior de los sistemas de servicios.

Un enfoque complementario de la misma preocupación puede encontrarse en la descripción que realiza Morone (1994) de aquellos agentes que identifica como actores burocráticos en el campo de la atención médica en EEUU, fácilmente asimilables al grupo caracterizado por Hurst y otros como racionalizadores administrativos.

La política de salud emergente, como la caracteriza Morone, operaría de manera creciente con el lenguaje, metodología y pensamiento de actores burocráticos. Aun los juicios altamente politizados estarían codificados en construcciones técnicas densas, complejas. Los ejemplos incluyen programas como los DRG y la paralela escala de valor relativo basada en recursos utilizados para el reembolso del trabajo profesional. Nuevas agencias gubernamentales (en la rama ejecutiva y el Congreso), el crecimiento de los burócratas del sector privado (operando planes de *managed care*) y el respaldo federal a investigación sobre resultados médicos habrían extendido el dominio de la política burocrática.

Los participantes en la negociación política —abunda Morone— deben estar en condiciones de argumentar sobre modelos, supuestos y fórmulas estadísticas. Esto produce un sesgo sistemático en la operación que descansa sobre las fuerzas clásicas

de la administración burocrática: la coordinación exacta de la información altamente especializada. La tradicional responsabilidad política sería sacrificada “por la ilusión políticamente útil de la precisión técnica” (Morone, 1994, p. 156).

Hasta muy recientemente, la medicina estadounidense habría constituido el dominio de profesionales altamente entrenados, respondiendo solo a normas internalizadas y solamente sometidos al juicio de colegas que las comparten. En la actualidad, tanto las agencias del Estado como los planes de seguro de todo tipo y los consorcios empresarios que buscan reducir los costos de cobertura, buscan fundamentalmente los modos de codificar y operacionalizar ese conocimiento antes especializado. Una vez que se desarrollan los protocolos, empleados menos expertos (incluso no profesionales) pueden juzgar la práctica médica y autorizar o retirar financiamiento. “El modelo profesional clásico está evolucionando hacia el modelo burocrático clásico” (Morone, 1994, p. 160).

La perspectiva futura no es optimista: los programas contemporáneos —yendo desde las metodologías de pago de Medicare a los planes empresarios de *managed care*— establecen una trama para cambios futuros. La política burocrática es oscura, señala Morone, una ventaja importante en un sistema débil, fragmentado, que sospecha de los mismos funcionarios a cargo.

Desde una perspectiva de reforma no es un desarrollo benigno, y desde cualquier ángulo no es neutral. Puede esperarse que el aparato administrativo emergente articule y persiga su propio interés. En cualquier caso, influenciará poderosamente la forma y perspectivas de las futuras políticas de salud (Morone, 1994, p.150).

La pregunta obvia es ¿por qué? La respuesta está en el diseño del régimen político estadounidense. Las amplias reformas en presupuestos globales que otras naciones han puesto en marcha no son fáciles de aprobar en una forma política que sospecha de su propio Estado. Tal vez más importante, las instituciones políticas son densas con *checks and balances*: es difícil lograr nuevas formas de autoridad estatal, incluso por la extensión de beneficios limitados a los electorados amplios. Las propuestas deben superar un laberinto político: primero la oficina del presidente; luego comités en competencia, superpuestos en cada rama del Congreso (cinco comités separados tienen jurisdicción importante sobre proyectos de atención médica); después de eso, la burocracia de Washington; y, finalmente, las múltiples jurisdicciones del federalismo americano, todos divididos por función y abrumados por un extendido poder judicial. No es un aparato de toma de decisiones diseñado para la reacción rápida o la acción concertada. Por el contrario, el gobierno americano está diseñado para ser torpe cuando se trata de asegurar cambios políticos amplios y coordinados. (Morone, 1994, p. 154).

A partir de la reflexión de Hurst —generalizable a los países de la OCDE— y del comentario específico de Morone sobre los EEUU, recuperamos el problema de la ubicuidad del fenómeno de la regulación, tal como intenté demostrar en el capítulo respectivo, y las dificultades también señaladas para construir una perspectiva integradora. De todos modos, independientemente de las dificultades para integrar esos

enfoques recortados, de ese tipo de estudio surge una cuestión significativa: la presencia de lo político se verifica en todos los niveles de la actividad sectorial, si bien su análisis requiere aproximaciones conceptuales y metodológicas específicas para cada uno de ellos.

## Nuevamente la regulación

En este punto, surge nuevamente la cuestión de las instancias y mecanismos de regulación. Sin embargo, quisiera cerrar este capítulo ocupándome no de los lugares o las formas sino de la necesidad de ordenamiento en el campo de la atención médica. Para ello intentaré una sistematización de las condiciones de ese mercado que hacen indispensable la existencia de una regulación destinada a garantizar la adecuación de su dinámica con los objetivos socialmente definidos para este campo específico de actividad de producción de bienes y servicios.

Primero, la necesidad de garantizar la existencia de mecanismos de redistribución del ingreso es particularmente apremiante en lo que se relaciona con atención médica. En la medida en que muy frecuentemente existe una fuerte relación inversa entre la salud-enfermedad y la capacidad para pagar atención médica, no puede pensarse simplemente en garantizar la igualdad de acceso, es necesario definir políticas desiguales para aquellos que son desiguales. La beneficencia no puede hacerse cargo de esta responsabilidad y en muchos casos no es más que una nueva fuente de fragmentación del sistema, generación de clientelas particulares y patrimonialización de bienes públicos.

Segundo, la necesidad de atención médica es a menudo altamente impredecible y muy costosa para el individuo, aunque es predecible y financiable para grandes grupos. Las dimensiones y composición de estos grupos no pueden ser dejada a las decisiones de aseguradores o a movimientos espontáneos de consumidores insuficientemente informados. Esta libertad en el campo de la atención médica solo puede ser un artículo de consumo suntuario para los grupos de mayor ingreso. No es fácil diseñar mecanismos de redistribución de ingreso basados en principios de mercado que puedan manejar la selección de riesgo y proponer soluciones eficientes para individuos con cargas de enfermedad anteriores a la contratación de seguro. Tampoco existen soluciones garantizadas para evitar el riesgo moral actuando exclusivamente sobre la conducta de los pacientes. Según las condiciones específicas de cada mercado será necesario diseñar incentivos o normas de práctica orientados a satisfacer exigencias de eficiencia asignativa junto a la tradicional preocupación por la eficiencia técnica.

Tercero, el consumidor está en una débil posición en el mercado de atención médica. Esto es en parte resultado de la asimetría de conocimiento. En este campo el consumidor no conoce sus necesidades, tampoco tiene información sobre los bienes existentes en el mercado adecuados para satisfacerlas, una vez producido el consumo no puede evaluar sus resultados en relación a lo que se hubiera alcanzado

seleccionando tratamientos o proveedores alternativos. La información constituye en este caso un recurso clave, que no puede ser controlado por consumidores individuales. La figura del comprador se perfila en el abanico de opciones actualmente reconocibles como portadora de la posibilidad de cerrar al menos en parte esta brecha.

Las ya mencionadas referencias, fácilmente hallables en la literatura internacional sobre reforma, a la necesidad de establecer mercados regulados o competencia administrada, permite suponer que ese punteo puede, con salvedades y matices, recibir acuerdo generalizado. La cuestión principal subsiste: ¿cómo se establecerán las nuevas reglas de juego?

Para responder a ese interrogante es necesario, en primer lugar, señalar que el Estado sigue sometido a escrutinio. La desconfianza no se reduce a su actividad en la conducción de sistemas públicos de estructura y conducción centralizada. También existen evaluaciones conflictivas de su rol en la regulación de los esquemas de mercado o mixtos. Por una parte, se observa la tendencia a descansar sobre la autorregulación de los profesionales, a los que se ha garantizado en la mayor parte de los países condiciones de monopolio colectivo de la oferta a cambio de la adopción de controles éticos y de ciertos estándares de calificación y práctica. Además, los gobiernos han promovido la autorregulación por el mercado o por políticas de competencia. En esos casos su intervención reguladora se ha orientado preferentemente a medidas puntuales, destinadas a corregir las distorsiones más evidentes: limitar la tasa de aumento de las primas de seguro, establecer precios, cantidades y calidad de los servicios de salud y planificar y controlar la capacidad instalada. Puede decirse en términos generales que esas intervenciones ordenadoras no han logrado los objetivos que se proponían. Las causas son múltiples, pudiendo ubicarse en las grandes categorías de burocratización, rigideces de los mercados, falta de auténtica competencia, construcción de clientelas en los diferentes grupos de interés que operan en el sector. El poder de los gobiernos para aplicar su autoridad en el mercado de atención médica —pensado en términos de enforcement o de capacidades de gobernación, dos nociones que parecen relativamente cercanas— no estimula a poner confianza en atribuirles en forma exclusiva o predominante la función de regular mercados o construir condiciones de auténtica competencia.

La mayor incertidumbre entre las muchas que subsisten en los mercados de atención médica se ubica por consiguiente en este punto: ¿qué instancias y mecanismos de regulación pueden adecuar la dinámica de tales mercados con los objetivos socialmente definidos que se adjudican a su operatoria?

## Capítulo 5

# El proceso de reforma en Argentina

## Delimitación del problema

En este capítulo intentaré analizar la reforma de la atención médica en Argentina bajo una hipótesis de trabajo que me permita ordenar los múltiples aspectos a considerar en ese proceso. Defino provisoriamente esa hipótesis en función de la existencia de una situación conflictiva por la definición de nuevas reglas de juego en la organización del sistema de servicios de salud, situación que deriva del agotamiento de las formas regulatorias anteriores y de las estrategias puestas en marcha por los diferentes actores con presencia en ese campo en procura de conservar/ mejorar sus posiciones en el sistema de servicios.

La construcción de esa hipótesis supone que la reforma no puede ser pensada como un proceso iniciado en un punto del tiempo bajo la conducción de un aparato estatal con jurisdicción sobre el sector, luego confrontado por determinados intereses y afectado por la fuerza relativa de actores estatales y organizaciones sociales con perspectivas antagónicas sobre los objetivos e instrumentos elegidos.

Por el contrario, la hipótesis explicitada considera que la actividad estatal se orienta a ordenar un sistema en crisis, en un área de significativa importancia social, donde su presencia ha sido tradicionalmente débil y ha permitido la consolidación de instituciones que responden a fuertes intereses de tipo corporativo. Cuando la crisis financiera, que está acompañada por una crisis de confianza en la reproducción del sistema, estimula en determinados agentes la búsqueda de nuevas reglas de juego para ordenar sus relaciones con las otras partes interesadas, se inicia un proceso de cambio en condiciones muy disruptivas para el cumplimiento de las funciones sociales a su cargo. Es en ese punto donde la acción del Estado pretende encauzar el reordenamiento de las instituciones sectoriales, generando nuevas alternativas, validando u obstaculizando algunas de las previamente disponibles.

Un ordenamiento posible del material a analizar sería caracterizar en primer lugar el escenario donde la necesidad de esa redefinición se instala, otorgando particular interés a las condiciones específicas de la crisis que marca el agotamiento de las instituciones vigentes; en segundo término, identificar el diagnóstico realizado

---

<sup>1</sup> Los contenidos de este capítulo forman parte de los resultados de una investigación dedicada a analizar el proceso de reforma en Argentina, Brasil y México, y sus consecuencias sobre la utilización de los servicios por parte de la población, financiada por el International Development Research Centre (I.D.R.C.) de Canadá.



por los agentes estatales que plantearon la superación de esa crisis en términos de transformación sustantiva, y de ese modo colocaron en la agenda pública la cuestión de reforma, los objetivos que definieron para la nueva configuración institucional del sector y las medidas tomadas para efectivizarlos. A continuación, sería necesario identificar las estrategias puestas en marcha por los agentes sectoriales con independencia de la acción estatal, y la disposición/ capacidad de los agentes del Estado para orientar los cambios resultantes; las nuevas identidades y relaciones emergentes, sus consecuencias en la reformulación del sistema. Por último, confrontar los resultados, tal como se expresan en el nuevo mapa institucional del sector, con los objetivos planteados por los reformadores.

Intentaré encuadrar el análisis del proceso de reforma bajo las coordenadas teóricas proporcionadas por el neoinstitucionalismo, tal como las he presentado sumariamente en el capítulo dedicado a la regulación. En esa lógica, será necesario prestar atención al contexto institucional que enmarca el proceso de reforma, definido por las identidades e historia de los principales actores, las relaciones que los vinculan entre sí y con diferentes organismos del Estado, los límites y potencialidades resultantes para sus estrategias, los ritmos y contenidos de los procesos de cambio.

El proceso histórico de las transformaciones producidas en el interior del sistema de servicios de salud en la Argentina en los últimos quince años proporciona material empírico invaluable para analizar bajo una perspectiva institucional los cambios en las diferentes formas organizacionales y en sus respectivos marcos regulatorios.

Conforme a ese abordaje conceptual, la elaboración de una política de cambio debe tener en cuenta las capacidades institucionales y organizacionales, tanto de las agencias estatales que toman la conducción del proceso, como de las entidades que serán afectadas por el mismo. Este punto me parece clave para evaluar la situación argentina: las agencias del Estado se proponen objetivos que no están en condiciones de alcanzar, ya que no existe entre sus funcionarios la suficiente cohesión en torno del proyecto de cambio, los instrumentos técnicos que se elaboran dejan de lado aspectos sustanciales de la realidad que se quiere transformar, no hay decisión política para aplicar las medidas sancionadas. En consecuencia, el flujo de las transformaciones adquiere una dinámica propia, que las agencias del Estado solo pueden seguir a destiempo, intentando soluciones parciales para sus rasgos más distorsivos.

El diagnóstico formulado por los promotores políticos de la reforma asignaba responsabilidad por el deficiente cumplimiento de los objetivos específicos del sistema de servicios de salud a las relaciones de poder construidas por sus principales actores en el período 1970-1990, y proponía la transformación de esas relaciones a partir de la desregulación sectorial y el consiguiente incremento de los mecanismos de mercado. En ese diagnóstico se considera que el marco regulatorio vigente y las capacidades institucionales desarrolladas conforme a su normativa constituían un obstáculo para el logro de los fines del sistema. La estrategia de intervención consistió en debilitar la relación entre corporaciones como trama institucional a cargo de la regulación del sistema de servicios y reemplazarla por relaciones de competencia en un mercado abierto. La reforma se implementó a través de la sanción por decreto de la desregulación de las obras sociales —permitiendo a sus beneficiarios

la libre elección de la entidad a la que canalizarían sus aportes— y de la libertad de contratación entre obras sociales y proveedores de atención médica.

A posteriori, cuando se hizo evidente la existencia de un conflicto político con repercusiones extrasectoriales que obstaculizaba la puesta en marcha de la desregulación de las entidades financiadoras, se sancionaron instrumentos puntuales, en algunos casos destinados a introducir limitaciones formales a la operatoria de las organizaciones afectadas, con el objeto de proteger los derechos de sus beneficiarios, en otros como resultado de negociaciones y acuerdos parciales con los principales actores comprometidos. Tales instrumentos no llegaron a conformar un marco regulatorio que garantizara efectivas condiciones de competencia entre los agentes involucrados en el sistema ni generara incentivos para una mayor eficiencia en la administración de sus recursos. Sería en este punto donde se verifica la dificultad de poner en marcha mecanismos de competencia en un mercado anteriormente regulado por relaciones de poder. La anulación por decreto de tales relaciones no supuso la generalización de condiciones de competencia. El instrumento legislativo no tuvo poder para transformar el conjunto de reglas informales que habían ordenado durante dos décadas las relaciones internas del sector.

A partir de la desregulación de las relaciones entre financiadores y proveedores, los actores protagonistas del mercado de atención médica para la seguridad social utilizarán sus recursos técnicos, financieros y organizativos y su capacidad de generar alianzas para ganar posiciones en ese mercado, sin someterse a una competencia basada en calidad y precio de los servicios ofrecidos. El nuevo marco regulatorio, que se construye a partir de la interacción recíproca de estos actores y su vinculación con el Estado, diferirá sensiblemente del imaginado por los técnicos que desarrollaron el proyecto de reforma. En consecuencia, los resultados en la conformación de las organizaciones no responderán a los objetivos definidos en el mismo.

En el modelo de organización del sistema de servicios previo al proceso de cambios es posible identificar un marco regulatorio construido a partir de la década de 1960 en función del acuerdo de las grandes organizaciones a cargo del financiamiento y provisión de los servicios de atención médica, que habían acumulado cuotas importantes de poder sobre los recursos materiales, técnicos y financieros del sector. Se trata por un lado de las organizaciones financiadoras —las obras sociales— que se nuclearon en la década de 1960 alrededor de la CGT, beneficiándose de la capacidad de llegada de la central obrera ante las agencias del Estado. Las organizaciones representativas de la población beneficiaria de la seguridad social médica se constituirán por esa vía en actores de naturaleza corporativa. Lo mismo sucederá con las organizaciones de proveedores, tanto la que reúne a los profesionales independientes como la que representa a sanatorios y clínicas privadas. La Confederación Médica y la Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados comenzarán en esa misma década a controlar el mercado de servicios de atención médica bajo condiciones de oligopolio de oferta. Las vinculaciones entre esos dos polos, encargados respectivamente de la financiación y provisión de servicios, en parte conflictivas y en parte sostenidas por una alianza defensiva contra las pretensiones de control de los organismos del Estado, conformarán los elementos sustanciales

del marco regulatorio que ha sido abordado en un trabajo anterior como *pecio corporativo* (Belmartino, 1995).

Las reglas de juego establecidas a través del pacto corporativo comenzaron a ser ignoradas o violadas en aspectos secundarios, pero simbólicamente importantes a raíz de la crisis financiera de la década de 1980<sup>2</sup>. El impacto de esa crisis favoreció en parte el posicionamiento favorable de algunos actores ante las propuestas de reforma elaboradas desde el Ministerio de Economía bajo la administración del presidente Menem. Las medidas sancionadas y las respuestas de aceptación o rechazo que generaron en las organizaciones relevantes del sector producirán una dinámica de cambios que en algunas regiones del país modificará radicalmente el marco regulatorio existente, llegando a producir un serio debilitamiento e incluso la desaparición de actores que en el modelo anterior habían alcanzado fuertes posiciones de control sobre el sistema. No debe pensarse esa dinámica como un movimiento lineal; por el contrario, se desarrolla en escenarios definidos generalmente por las condiciones regionales o locales previas a la reforma, caracterizados por la inestabilidad de los acuerdos y el posicionamiento relativo de los diferentes actores, la reformulación de las identidades de quienes controlaban hasta ese momento los recursos sectoriales, y la emergencia de nuevas entidades estimuladas por las oportunidades que generó la política de reformas. La historia institucional anterior y las condiciones generadas por el proceso de crisis serán relevantes en la definición de los nuevos marcos reguladores, tal como se verifica si se tienen en cuenta las diferencias regionales en los alcances de la transformación.

## El escenario donde emergió la reforma

La reforma del sistema de servicios de salud (SSS) en la Argentina se produce como consecuencia de la grave situación económica que el país enfrenta a lo largo de la década de 1980. En ese marco, la actividad del Estado en el área económica y social estuvo muy condicionada por la necesidad de compatibilizar las políticas de ajuste con la explosión de demandas que significó la recuperación de las instituciones democráticas. La cuestión, sin embargo, no puede entenderse exclusivamente como un problema de coyuntura, ya que en los últimos veinte años la sociedad argentina sufrió profundos cambios que afectaron su estructura económica y su sistema político generando condiciones problemáticas para la integración social.

La descripción del impacto de la crisis sobre la sociedad argentina puede asimilarse con los diagnósticos generalizados para América Latina: fuerte caída de los niveles de producción, aceleración de los procesos inflacionarios, drástica reducción

---

<sup>2</sup> Es el momento en que la generalización del plus evidencia el malestar de los profesionales con las remuneraciones percibidas, mientras el rango de sus valores pone de manifiesto la estratificación del cuerpo profesional y el consiguiente peligro para su cohesión interna (la situación particular de algunas especialidades les permite eludir lo que comienza a ser considerado por algunos como *cepo corporativo*).

de la actividad económica, desempleo. El endeudamiento externo impone la necesidad de generar creciente superávit en la balanza comercial, mientras el equilibrio en las cuentas fiscales se presenta como indispensable para asegurar la estabilidad monetaria. En paralelo se generan situaciones de creciente exclusión social: pauperización de parte de los sectores medios y alarmante extensión de las condiciones de pobreza extrema.

La indispensable modernización del Estado contribuye a reforzar los aspectos socialmente excluyentes de la política económica adoptada, al tener como instrumentos prioritarios la reducción de personal y gasto, sin lograr éxito en la puesta en marcha de políticas que orienten con sentido social los recursos disponibles (Katz, 1990).

El balance de los años críticos registra cambios importantes a nivel de la conformación del aparato productivo y de las formas de organización social e institucional, configurando rasgos diferenciadores de los dominantes en las décadas precedentes (Cetrángolo *et al.*, 1992).

Los cambios se vinculan tanto a aspectos microeconómicos relacionados con la escala operativa y la organización del trabajo en el sector industrial como a cuestiones macro referidas al comportamiento de las instituciones económicas y sociales. La afirmación de nuevos grupos económicos y financieros de capital local, el desarrollo de ramas industriales intensivas en el uso de recursos naturales, la redefinición de las modalidades de inserción en el comercio internacional, en particular en lo relacionado con el perfil de las exportaciones, constituyen los aspectos más evidentes de la nueva dinámica introducida en la actividad económica. A ello se suman mutaciones de importancia en el mercado de trabajo, la actividad sindical y la producción de ciertos servicios públicos, en función de las nuevas estrategias de desregulación, privatización y apertura de la economía puestas en marcha en forma fragmentaria y discontinua a partir de 1976 y generalizadas en la década de 1990 (Felman, 1991; Beccaría, 1992; Neffa, 1993; Beccaría & López, 1994).

No menos importantes son los cambios en el sistema político, que no se limitan a la recuperación del régimen democrático. La administración del presidente Menem continúa la tradición argentina de regímenes presidencialistas, con gran protagonismo del ejecutivo y escasa iniciativa parlamentaria. Beneficiado por la coyuntura internacional favorable, obtiene el apoyo del gran capital nacional e internacional para su política de transformaciones, y condiciones de gobernabilidad muy superiores a las de sus antecesores. El apoyo de la Suprema Corte de Justicia que le permite gobernar a través de decretos de necesidad y urgencia, las dificultades de la oposición política para presentarse como alternativa, el debilitamiento de las corporaciones y, en particular, la fragmentación del movimiento obrero, constituyen datos relevantes para el análisis de viabilidad política de las reformas en marcha (Palermo & Novaro, 1996).

Desde el punto de vista de los indicadores macroeconómicos pueden señalarse como aspectos favorables el control de la inflación, elevadas tasas de inversión y de crecimiento del PBI entre 1991 y 1994, declinación de este último indicador en 1995, franca recuperación en 1996 y 1997 para volver a caer en forma sostenida a partir de

los últimos meses de 1998, incremento de la productividad en sectores específicos, aumento significativo de la exportación de bienes y servicios, recuperación del equilibrio en la balanza comercial y de pagos.

Entre los datos negativos se registra la contracción del mercado laboral, con muy fuerte incidencia de empleo y subempleo, dificultades en el equilibrio fiscal a partir de 1995, y excesiva dependencia de los flujos financieros internacionales, en razón del escaso desarrollo del mercado de capitales local y la insuficiente tasa de ahorro interno.

En el área de las políticas sociales en general y del sector salud en particular también hubo diferencias importantes en la política llevada adelante por la administración Alfonsín y la correspondiente al gobierno del presidente Menem. En el primer caso las estrategias racionalizadoras y de contención del gasto se orientaron según directivas de fuerte presencia estatal, mantenimiento de las bases solidarias, tendencia a la universalización y respeto a la participación de organizaciones empresarias, sindicatos y corporaciones profesionales en la instrumentación de las políticas relativas a la seguridad social médica. Por el contrario, la actual administración, especialmente a partir del plan de convertibilidad de 1991, enfatizó los componentes de desregulación, privatización y libertad de contratación en lo relativo a la organización y financiación de la atención médica, instrumentando a la vez programas de focalización y subsidio a la demanda en áreas específicas, sobre la base de acuerdos firmados con el Banco Mundial.

Para una presentación más ordenada del problema dividiré este capítulo en dos partes. En la primera describiré los rasgos generales del proyecto de reforma y los obstáculos que encuentra su implementación. En la segunda intentaré una descripción sistemática de la organización del sistema de servicios en dos momentos caracterizados por la vigencia de diferentes regímenes regulatorios: el primero corresponde al periodo 1960-1980 y el segundo a las transformaciones producidas a partir de la crisis de la década de 1980.

## Primera parte: El proceso de reforma

### *La reforma sectorial como parte de la reforma del Estado*

El fenómeno hiperinflacionario de 1989-1990 abre camino para reformas que exceden ampliamente el marco del SSS. Los principales instrumentos de la transformación en el funcionamiento del sistema sociopolítico argentino fueron la Ley de Reforma del Estado y la Ley de Emergencia Económica que se aprobaron en 1989, como parte del acuerdo que derivó en el traspaso anticipado del gobierno de Raúl Alfonsín al de Carlos Menem.

En lo vinculado con el sistema de seguridad social médica, el Ministerio de Economía pone en marcha en 1991 una estrategia de centralización de los aportes y contribuciones de la seguridad social, destinada a facilitar el control de dichos recursos

por parte de funcionarios del Estado. Con ese objetivo, el Decreto 2.284/91 de desregulación económica estableció, en su artículo 85, la creación del Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) dependiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y puso en marcha la Contribución Única de la Seguridad Social (CUSS) que unificaría los aportes y contribuciones al sistema previsional y los orientados a financiar prestaciones de atención médica. Sus disposiciones facultan al SUSS para ejercer la administración, recaudación y fiscalización del conjunto de los aportes y contribuciones efectuados sobre la nómina salarial. A tales efectos, por Decreto 2.741/91, se crea la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), organismo que toma a su cargo la administración y el control de la recaudación de dichos fondos. El porcentaje correspondiente a financiación de prestaciones de atención médica es derivado luego a las respectivas obras sociales. El control del sistema de recaudación será posteriormente retirado a la ANSES y transferido a la Dirección General Impositiva, organismo dependiente del Ministerio de Economía.

La medida tiene como objeto hacer más transparentes los recursos destinados al sistema (hasta ese momento recaudados en forma independiente por cada obra social) y el número de sus beneficiarios, y facilitar el control de la evasión.

En 1993 se avanza sobre la política de reforma sectorial, procurando resolver dos aspectos en los que se centraba el diagnóstico crítico sobre la operatoria de las obras sociales. El primero de ellos se vincula con la obligación impuesta a cada trabajador de canalizar sus contribuciones de seguridad social médica a la obra social correspondiente al respectivo sindicato. Conforme a la perspectiva de los impulsores de la reforma se habría constituido por ese mecanismo una población *cautiva*, no existiendo por consiguiente incentivos para mejorar la calidad y cantidad de los servicios brindados, ni para organizar una administración más eficiente de los respectivos recursos. De acuerdo con ese diagnóstico, se considera que la generación de un cierto nivel de competencia por la captación de beneficiarios entre las distintas organizaciones podría, por una parte, estimular una mayor eficiencia en la gestión de la cobertura; por la otra, producir una concentración en grandes instituciones capaces de generar un adecuado *pool* de riesgo. De ese modo se espera atenuar las grandes diferencias existentes en relación al número de beneficiarios y disponibilidad de recursos, que constituyen uno de los elementos con más peso en la heterogeneidad del sistema y se alegan recurrentemente como causa de la disparidad de beneficios otorgados a la población a cargo.

Otro de los componentes críticos sobre el que se intenta operar es la creciente proporción de beneficiarios del sistema de obras sociales que debe acudir para su atención a los servicios del subsector público. Esto se relaciona con las dificultades financieras que obligan a estas instituciones a establecer coseguros para el acceso a las diferentes prácticas. En paralelo los profesionales, insatisfechos con las remuneraciones percibidas, comienzan a exigir a sus pacientes un pago adicional, conocido como *plus*, en el momento de brindar la atención. Estos gastos limitan el acceso a la cobertura por parte de los beneficiarios de menores recursos, que se ven obligados por consiguiente a acudir a los servicios públicos, abiertos a toda la población en forma gratuita.

Esta circunstancia, de reconocimiento generalizado, otorga fundamento a la idea de poner en práctica mecanismos que permitan el cobro de estas prestaciones por parte de los hospitales y centros de salud, de manera de allegar nuevos recursos que alivien su condición de desfinanciamiento y deterioro.

### *Perspectivas políticas sobre la reforma*

Hay dos posibles miradas sobre la política de reforma, una se dirige hacia las medidas adoptadas, otra sobre la filosofía que las sustenta. Esta última solo es posible si los reformadores explicitan los objetivos sociales que esperan afianzar con las transformaciones operadas en el sector. En el caso argentino no es muy frecuente este tipo de precisión por parte de los agentes estatales a cargo del diseño de las nuevas instituciones de la seguridad social médica. La mayoría de los discursos tejidos en torno a la política sectorial se apoyan en las deficiencias del sistema anterior; muy poco se dice sobre lo que se espera del nuevo. Alguna recuperación de objetivos es sin embargo indispensable si se quiere comparar lo propuesto con lo efectivamente alcanzado.

Una segunda fuente de ambigüedades es que la mayor parte de los instrumentos técnicos que se aplicarían a la transformación del sistema a partir de 1995 fueron diseñados por la representación local del Banco Mundial. Por consiguiente, la reforma se asimila generalmente a la filosofía de esa entidad. Aunque existe coincidencia de objetivos e instrumentos entre el gobierno y las propuestas del Banco, preferiría fundar mi evaluación de lo alcanzado en función de los objetivos explicitados por los funcionarios a cargo del proceso en el Ministerio de Economía, organismo estatal que tomó a su cargo la conducción de los cambios, como única forma de acercarse a alguna evaluación de las capacidades institucionales que el Estado argentino aplicó a la reforma sectorial.

Tratándose de medidas específicas, sin embargo, el reconocimiento de las diferentes posiciones puede basarse en los contenidos propositivos de dos proyectos contrapuestos que sirven de marco al debate sectorial: el programa de reformas propuesto por el Banco Mundial y aceptado por el gobierno, y la solución transaccional elaborada por la CGT.

### **La posición de los reformadores estatales**

En primer lugar, aunque pueda parecer redundante, sería necesario señalar que los impulsores de la reforma de la atención médica no tenían en perspectiva una transformación con orientación universalista. Todos los intentos anteriores en ese sentido habían fracasado, el último de ellos el proyecto de Seguro Nacional de Salud propuesto en los primeros años del gobierno del presidente Alfonsín. No hay en este caso, como sucede en tales reformas, una preocupación por la equidad, la integridad de la atención o el acceso igualitario. Los reformadores de la década de 1990



tenían objetivos más limitados, vinculados a ordenar el sistema de manera de hacer más eficiente la utilización de los recursos existentes; conservar los rasgos solidarios que permitirían la conformación de fondos de enfermedad con un adecuado *pool* de riesgo, estimular la existencia de subsidios cruzados en su interior de modo de evitar la selección de riesgo; garantizar una cobertura mínima a la totalidad de la población; y promover la competencia entre aseguradoras por la captación de la demanda de cobertura y entre proveedores por los contratos de provisión de servicios.

También es indudable, aunque menos reconocido, que los reformadores no ponían su confianza en dejar la regulación del sistema en manos del mercado. Si bien la opción por la competencia se esgrime como estrategia para racionalizar la cobertura de las obras sociales y la relación entre estas y los proveedores directos, esa demostración de confianza en las reglas del mercado no se defiende en oposición a la acción reguladora del Estado, sino como mecanismo para superar el control en manos de sindicatos y corporaciones profesionales. La libertad de elección y contratación se definen en oposición al oligopolio corporativo. La perspectiva del equipo que inicia la reforma desde el Ministerio de Economía radica en ordenar el sistema a partir de una dinámica de competencia; sin embargo, no dejan de considerar las especificidades del mercado de salud que tornan indispensable la acción correctora del Estado (Giordano, 1993). Esta actividad reguladora debía centrarse en algunos puntos clave: el mantenimiento de la obligatoriedad del aporte, la efectivización del principio solidario para hacer viable la cobertura de la población de menores recursos; la definición de un paquete básico de servicios que se garantizaría a la totalidad de los beneficiarios; el control del cumplimiento de las normas relativas a la solvencia económica y la calidad del servicio ofrecido por las entidades financiadoras. Un ejemplo extremo de los alcances de la intervención estatal que los funcionarios de la Secretaría de Coordinación Técnica y Administrativa del Ministerio de Economía proponían para el sistema de obras sociales sería el proyecto CUPAM, presentado al Parlamento en 1992. Su aprobación hubiera supuesto una distribución igualitaria de la totalidad de los recursos recaudados por las obras sociales a partir de una cuota parte para atención médica, asignada a la totalidad de los beneficiarios del sistema<sup>3</sup>.

El reconocimiento de la existencia de distorsiones en el sistema de seguro de salud, que obstaculizaban el cumplimiento de sus objetivos, no estuvo acompañado

---

<sup>3</sup> En un artículo anterior he descripto el mecanismo distributivo propuesto por ese proyecto de ley: "Pese a salir del riñón mismo de la estrategia privatizadora, el proyecto avanza notablemente sobre el *statu quo* en función de la base solidaria que propone para la asignación de los recursos de la seguridad social médica. Crea la Organización Solidaria de Atención Médica (OSAM), que estaría encargada de garantizar que las prestaciones médicas de la seguridad social se brinden bajo los principios de 'solidaridad, eficiencia y libertad de elección del ente financiador'. Mantiene la obligación de los aportes y contribuciones de los trabajadores y empleadores regulados por la Ley 23.660, pero retira el control de las obras sociales sobre tales recursos y crea un fondo financiero único sumando a los aportes laborales los recursos aportados por el Estado para la atención de desocupados y carenciados y la contribución de los adherentes voluntarios. El total de la recaudación así obtenida sería dividida por la cantidad de beneficiarios, llegando por ese medio a una suma por beneficiario denominada CUPAM [...] cada titular de una CUPAM era libre de elegir el ente prestatario de su preferencia..." (Belmartino, 1996a, p. 69).

por una preocupación equivalente en relación a la oferta de atención médica. El supuesto que orienta la reforma en esta área es la generación de una competencia entre proveedores definida por calidad y precio, de manera de garantizar un adecuado *value for money* en la aplicación de los recursos del sistema. La acción del Estado se limitaría en este caso a la acreditación y categorización de los servicios de atención. Tampoco se otorga suficiente importancia a las limitaciones que enfrenta el consumidor para realizar opciones adecuadamente informadas en el mercado de la atención médica.

### **La propuesta de reforma respaldada por el Banco Mundial**

Como ya señalé, los objetivos del Programa de Apoyo a la Reforma del Sistema de Obras Sociales (PARSOS), aprobado en 1995 y financiado por el Banco Mundial, no difieren conceptualmente de la estrategia de intervención defendida desde el gobierno, limitándose a sistematizar algunos instrumentos. En la versión difundida por la entidad financiera en julio de 1995 se especifican de la siguiente forma:

- a) introducir competencia en el mercado asegurador evitando la selección de riesgo;
- b) reasignar los recursos del Fondo Solidario de Redistribución a las Obras Sociales estrictamente sobre la base del ingreso y de los riesgos de salud de las familias beneficiarias;
- c) desarrollar un marco regulatorio efectivo e instituciones de seguro de salud que promuevan la competencia, aseguren la mayor transparencia y *accountability* y ayuden a proteger los derechos de los consumidores; y
- d) brindar asistencia técnica financiera a las obras sociales y al PAMI para elevar su eficiencia interna, mejorar sus balances y cumplir con las nuevas normas y regulaciones. (World Bank, 1995a, p. 25).

El proyecto contempla también la elaboración de padrones de beneficiarios de las obras sociales, a partir de la información existente en la Dirección General Impositiva, en particular con el objeto de precisar el número y condición de riesgo de los integrantes del grupo familiar y los adherentes permitidos por la legislación, que comparten la cobertura del beneficiario titular. Esta información sería indispensable para la focalización de los subsidios, la transparencia de los contratos con administradoras de prestaciones y la posibilidad del cobro de servicios brindados en los hospitales públicos.

Se propone también la definición de un paquete básico de beneficios de salud que garantice una cobertura mínima en función de las restricciones presupuestarias. Las autoridades deberían definir ese paquete de manera que fuera al mismo tiempo financiable (a la luz de las posibilidades financieras existentes) y clínicamente apropiado; es decir que cubriera todos los servicios considerados esenciales a la vez que promoviera “opciones de consumo de salud racionales y eficientes” (World Bank,

1995a, p. 70)<sup>4</sup>. El paquete de servicios debía ser además un mecanismo flexible, susceptible de ajuste periódico<sup>5</sup>. Con posterioridad las autoridades de salud debían diseñar un mecanismo de financiamiento complementario para cubrir los servicios de alta complejidad autorizados.

El valor del paquete de servicios se vincula con la garantía de contribución mínima por beneficiario, que se efectivizaría con recursos del Fondo Solidario de Redistribución. Ese subsidio a los menores contribuyentes se aplicaría automáticamente, teniendo como única base el ingreso de los beneficiarios de cada obra social, comenzando por los más pobres.

En el Anexo D del documento emitido por el Banco Mundial, destinado a especificar las condiciones de regulación de las obras sociales, se recomienda adoptar una fórmula especial para poner precio a los servicios financiados por las obras sociales, incluyendo un precio fijo específico para el paquete de servicios obligatorio, de modo que les fuera posible cobrar montos adicionales para servicios más amplios sobre una base voluntaria. Se recomienda que esos montos sean expresados en pesos y no como porcentaje de la contribución salarial (World Bank, 1995a, p. 66)<sup>6</sup>.

Para facilitar la reforma de la administración de las obras sociales se instituye un Fondo de Reconversión de Obras Sociales (FROS) con el objeto de permitirles alcanzar equilibrio financiero, mediante la reestructuración de sus deudas, la racionalización de sus plantas de personal, el fortalecimiento de su capacidad de

---

<sup>4</sup> En esa época el Banco Mundial estaba realizando su propia contribución a los ensayos de elaboración de paquetes básicos de cobertura, en función de las recomendaciones de su Informe sobre el Desarrollo Mundial, publicado en 1993. El paquete de servicios esenciales de salud (Package of Essential Health Services, PEHS) estaría conformado por un listado de intervenciones costo-efectivas destinadas a las principales enfermedades, daños y factores de riesgo, además de diagnósticos y servicios de atención médica para satisfacer la demanda por síntomas comunes de enfermedad de la población a la que se aplicaría. En enero de 1995, dieciocho países se habían comprometido en la elaboración de tales paquetes: en Colombia, México, Uruguay, Turquía, Magreb y Andra Pradesh. En los estudios con mayor desarrollo se habían identificado 100 enfermedades a las que se otorgaba prioridad en función de sus consecuencias en mortalidad y discapacidad y entre 34 y 40 intervenciones costo-efectivas (salvo en México donde las intervenciones identificadas eran 116 y en Andra Pradesh donde llegaban a 200). El paquete estaba provisoriamente conformado por un número de prácticas que oscilaba entre 10 y 40 intervenciones en siete países, en los restantes el trabajo de elaboración no había concluido (Bobadilla & Cowley, 1995).

<sup>5</sup> En el momento en que se elabora el informe el valor del paquete básico se estima en veinte pesos mensuales per cápita, y el ingreso promedio de las obras sociales en veinticuatro, en un rango entre cinco y cincuenta pesos por beneficiario por mes.

<sup>6</sup> El Anexo D, dedicado a la regulación de las obras sociales, comprende 38 ítems a lo largo de siete páginas. El proyecto expresa además su preocupación por la falta de condiciones de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) para tomar a su cargo la tarea de regulación. "Al igual que las obras sociales, la ANSSAL carece de personal adecuado y sus propios sistemas de información son débiles o inexistentes. Desde su creación en 1989, la ANSSAL —al igual que su predecesor el Instituto Nacional de Obras Sociales, INOS— ha sido tratado por el gobierno y considerado por el público como una institución políticamente comprometida, con vínculos estrechos con el movimiento obrero organizado, más que como un cuerpo políticamente neutral, dotado de personal técnico. Una reforma exitosa del seguro de salud en la Argentina debe por consiguiente incluir un cambio importante en la ANSSAL, que conduciría a la creación de una agencia reguladora efectiva para las Obras Sociales y el PAMI" (World Bank, 1995a, p. 20).

información y gerencial y la venta de activos subutilizados. La adhesión a estos acuerdos es voluntaria para las obras sociales.

Un rasgo llamativo en el completo e informado documento elaborado por el Banco Mundial es la ausencia de referencias a los mecanismos de contratación entre obras sociales y proveedores privados. Se menciona, por ejemplo, las semejanzas de la situación argentina con los desarrollos producidos en Holanda y Alemania. Estas experiencias sugerirían que una fuerte regulación de los aseguradores y el desarrollo de mecanismos para ajustar las primas de seguro a los diferentes niveles de riesgo, pueden ser utilizados en apoyo de la eficiencia y equidad del seguro social competitivo y ayudan a mantener los costos bajo control. Sin embargo, no hay ninguna referencia a los mecanismos de negociación establecidos en Alemania entre las asociaciones de fondos de seguro y las asociaciones que reúnen a los médicos que atienden a la población cubierta, que son considerados un instrumento igualmente importante para la contención de costos y producen incentivos para que los profesionales se hagan cargo de regular y supervisar sus propias condiciones de oferta.

De modo similar opera la indudable preocupación de sus funcionarios por el problema de la regulación. En un documento complementario del proyecto PARSOS, correspondiente a una misión de evaluación producida en diciembre de 1995, se señala que el objetivo principal de un subproyecto discutido en esa oportunidad será “el estudio y desarrollo de un marco regulatorio y de mecanismos que permitan un ordenado y eficiente funcionamiento del sistema y cobertura de salud, que asegure la eficiente y completa provisión de servicios a todos los beneficiarios.” La normativa a desarrollar debía regir las actividades del sistema en relación a: mecanismos de regulación de las obras sociales; situación financiera; procedimientos de autorización, fusión y cierre; procedimientos de fiscalización financiera y médica; procedimientos de intervención forzosa y liquidación, criterios de inversión en activos financieros; sistemas y requisitos de información mínima; mecanismos de supervisión e información sobre el cumplimiento del PMO; promoción de las obras sociales; sanciones por incumplimiento de normas y mecanismos de apelación; funcionamiento de la oficina de quejas de usuario. No se consigna un solo ítem vinculado a la contratación con los proveedores de servicios (World Bank, 1995b, p. 5).

### **El proyecto impulsado por la Confederación General del Trabajo**

El proyecto que defiende la central obrera puede ser entendido como una propuesta de racionalización del sistema de obras sociales, que sería coordinado por la CGT en forma autónoma, conservando la estructura institucional existente, sin desarrollar competencia entre las instituciones ni someterse a las directivas del Banco Mundial.

El primer punto de la propuesta se vincula a la definición de un Programa Médico Obligatorio (PMO) bajo la modalidad que fuera luego sancionada por el Decreto 492 de 1995. Una vez definido el PMO, la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) debía subsidiar a las entidades que por insuficiencia de recursos no estuvieran en condiciones de financiarlo.

En el caso de que alguna obra social no pudiera implementar el Programa, sus beneficiarios podrían solicitar las prestaciones a otra obra social, que estará obligada a satisfacerlas, con cargo a la entidad de origen del beneficiario.

En los casos en que el cumplimiento de PMO resultara afectado por incorrecta asignación de recursos, excesivos gastos de administración, ineficiencia de las prestaciones, incumplimiento de las normas de calidad de la atención médica, irregularidad en las prestaciones o cualquier otra causa que resintiera la finalidad del sistema solidario, la ANSSAL estaría autorizada a propiciar la fusión con otra obra social.

El Fondo Solidario de Redistribución debería financiar no solo la compensación debida a las entidades con recursos insuficientes sino también el proceso de adecuación: racionalización del personal, renegociación de contratos con prestadores, adecuación de equipamiento e instalaciones y cancelación de pasivos corrientes, a través de préstamos a 48 meses con 18 de gracia (ANSSAL-CGT, 1995).

Una diferencia importante con la propuesta del proyecto PARSOS es la relacionada con la distribución de subsidios por parte del Fondo Solidario. En la propuesta cegetista el subsidio no se relaciona con los aportes individuales de los beneficiarios titulares (tal como proponía el Banco Mundial y sería luego sancionado por el Decreto 492/95) sino con el ingreso promedio por cápita de la obra social. Este mecanismo descarta la posibilidad de asegurar un financiamiento adecuado por grupo familiar para facilitar la libertad de elección.

## *Implementación de las medidas de reforma*

### **Disposiciones relativas a las instituciones de la seguridad social médica**

La sucesión de disposiciones gubernamentales destinadas a proporcionar un marco jurídico a la reforma expresa en alguna medida el enfrentamiento entre las dos opciones políticas que he sintetizado. En primer lugar, es necesario señalar que estas disposiciones se sancionan a través de decretos emanados del Poder Ejecutivo, dado que el debate sobre la reforma solo llega al Parlamento en 1997 con la discusión de los proyectos destinados a regular las instituciones de medicina prepaga. Por otro lado, conviene tener en cuenta que disposiciones como las referidas a la desregulación de las obras sociales se sucedieron sin alcanzar aplicación efectiva, pudiendo vincularse el ritmo de aparición de los decretos que afectan los intereses sindicales con acuerdos y rupturas entre gobierno y CGT, que sobrepasan ampliamente los límites del sector salud. En los siguientes párrafos presento una síntesis de la legislación aprobada.

### **Decreto 9/93 (07-01-93)**

El Decreto 9 del año 1993 pone en marcha los fundamentos de la reforma. En primer lugar, establece —dentro de ciertos límites— la libre elección por parte de

los afiliados de las obras sociales. Los titulares del beneficio podrán efectivizar su opción entre las instituciones componentes del sistema y cambiar su dependencia una vez por año.

El mismo Decreto dispone que el Ministerio de Salud y Acción Social establecerá las prestaciones básicas que debe brindar cada obra social y la Administración del Seguro de Salud (ANSSAL) compensará las diferencias que pudieran existir entre el monto de los aportes y contribuciones efectivamente percibidos y el costo de dichas prestaciones.

También se avanza en la reforma de las relaciones entre obras sociales y proveedores de servicios, según las siguientes disposiciones:

1. Se establece la libertad de contratación entre obras sociales y proveedores de servicios, sin sujeción a nomencladores o tarifas prefijadas, posibilitando por consiguiente la competencia de precios entre los oferentes de atención médica.
2. Se prohíbe a las obras sociales la contratación con instituciones que tengan a su cargo el control de la matrícula profesional o que limiten el derecho de sus miembros a contratar en forma directa, disposición que dejaría fuera del mercado a los agentes que tradicionalmente habían controlado la oferta en condiciones oligopólicas: las corporaciones de prestadores.
3. Los contratos entre obras sociales y prestadores deberán contener criterios de categorización y acreditación, tendientes a optimizar la calidad de la atención médica.
4. Las obras sociales deberán pagar los servicios que sus beneficiarios demanden a los hospitales públicos; esta disposición se completa con el Decreto 578/93 regulatorio del *hospital de autogestión*, que analizaré más adelante en el marco de los cambios propuestos para el sector público.

### **Nuevo decreto reglamentario de las Ley 23660 y Ley 23661**

Ante las dificultades para lograr la efectiva aplicación de las medidas desregulatorias para los beneficiarios de obras sociales, se recurre poco más tarde a sancionar una nueva reglamentación para la Ley 23660 (Decreto 576, de abril de 1993).

Por ella se establece la obligación por parte de las obras sociales de admitir la afiliación de todos los beneficiarios comprendidos en las disposiciones de la ley y los otros beneficiarios de la Ley de Seguro Nacional de Salud (se refiere a las obras sociales que no pertenecen a la jurisdicción nacional y pueden optar por acogerse a sus beneficios).

El cupo máximo de admisión de nuevos beneficiarios se establece en un 20% del total de afiliados de la entidad receptora.

Ningún beneficiario podrá estar afiliado a más de una obra social o agente del seguro. Los matrimonios en que ambos cónyuges sean afiliados titulares deberán elegir una única entidad prestataria.

En forma complementaria, la reglamentación del Sistema Nacional de Seguro de Salud (Ley 23661) establece como agentes del seguro a las obras sociales reglamentadas por la Ley 23660 y las entidades mutuales. Incorpora además entre los beneficiarios del seguro a la población carenciada, según modalidades a establecer por la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, a partir de la instrumentación del Programa Nacional de Asistencia a los Carenciados.

Esta reglamentación reitera la prohibición a contratar prestaciones con las entidades gremiales representativas de los prestadores, establece la posibilidad de que los hospitales públicos y otros centros asistenciales se incorporen al sistema conforme a normas establecidas por la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social. Los prestadores que quieran beneficiarse con las respectivas contrataciones deberán cumplir con los requisitos de acreditación y categorización que disponga dicha Secretaría (la resolución 432/92 había creado el Programa de Garantía de Calidad, encargado de establecer criterios de acreditación y categorización para instituciones y de certificación para los recursos humanos).

### **La política de reducción de contribuciones patronales**

La viabilidad financiera del sistema de seguridad social médica se vio comprometida por medidas orientadas a reducir los costos laborales a partir de la reducción de las contribuciones patronales. En marzo de 1994, el Decreto 2.609 establece la reducción de estas contribuciones para actividades determinadas y en porcentajes diferentes según regiones geográficas.

El impacto sobre la recaudación de las obras sociales no fue homogéneo, mostrando la incidencia de otros factores sobre la recaudación de estos organismos, en particular el impacto en cada sector de la actividad económica de las políticas desarrolladas a nivel macro.

Por otra parte, la política de reducción de los aportes patronales sufrió avances y retrocesos vinculados a los niveles de recaudación fiscal y otras variables de nivel macro.

### **Decreto 292/95 (14-08-95)**

La fundamentación del Decreto 292 da cuenta de un doble objetivo: reducir el excesivo costo laboral y asegurar el funcionamiento de los programas de seguridad social. Se reitera que la búsqueda de eficiencia en las prestaciones de salud hace necesario ampliar las posibilidades de libre elección de sus beneficiarios, de modo que puedan dirigir sus aportes hacia aquellos agentes que les aseguren una cobertura suficiente al menor costo.

Sus disposiciones reimplantan la reducción de aportes patronales cuyas alícuotas habían sido reducidas por el Decreto 272/95, a la vez que se generalizaba el beneficio a la totalidad de la actividad económica. En compensación, intentando hacer



compatible esta reducción del costo laboral con la factibilidad de una cobertura básica para toda la población, se avanza en la garantía de una base mínima por beneficiario titular para la totalidad de las obras sociales, que se establece en 30 pesos. En todos los casos en que el aporte sea inferior a esa suma, el fondo solidario administrado por la ANSSAL otorgará un subsidio que cubra la diferencia. En el caso de personas mayores de 60 años, se garantiza un aporte por beneficiario de 36 pesos<sup>7</sup>. La disposición es importante no solo porque brinda una garantía de cobertura mínima y comienza a reconocer diferentes niveles de riesgo derivados de factores demográficos, sino porque termina con la distribución arbitraria de subsidios por parte de la ANSSAL, que había estado históricamente orientada por razones de clientelismo político. (Belmartino & Bloch, 1988; Lerner, 1988; Fiel, 1991).

Otra de las medidas ordenadoras se refiere a la eliminación de coberturas múltiples, estableciendo la unificación de los aportes en una sola obra social para el caso de beneficiarios en situación de pluriempleo. Se trata de un nuevo intento de ordenamiento parcial del sistema, que implica el reconocimiento del fracaso de las anteriores disposiciones sobre desregulación.

Por último, el Decreto 292 precisa la función de seguro de enfermedad en la obra social dedicada a los jubilados, PAMI, transfiriendo a organismos específicos los servicios de turismo y recreación y el financiamiento de pensiones no contributivas.

#### **Decreto 492/95 (22-09-05)**

Este decreto responde a presiones sindicales vinculadas a obtener compensaciones por la política de reducción de los aportes patronales. Su principal objetivo es poner en marcha un mecanismo que conduzca a la definición de las prestaciones básicas que cada obra social debe brindar a sus beneficiarios y asegurar una base mínima de recursos que coloque a todas las entidades en condiciones de otorgarlas. Se decide la formación de una comisión, designada por el Ministerio de Salud y Acción Social y la Confederación General del Trabajo, encargada de establecer esas prestaciones, que conformarían el Programa Médico Obligatorio, y dictar las normas reglamentarias necesarias para su ejecución. Asimismo, se eleva a cuarenta pesos el aporte mínimo garantizado.

En un término de 60 días posteriores a la aprobación del Programa Médico Obligatorio, las obras sociales que no se encontraran en condiciones de financiarlo deberían proponer a la ANSSAL su fusión con otra u otras organizaciones; en caso contrario, el organismo estatal estaría facultado a disponer la fusión obligatoria.

El decreto también contiene disposiciones sobre la cobertura de los trabajadores a tiempo parcial, avanzando hacia el establecimiento de un subsidio individual ajustado por ingreso, sin discriminar por la dedicación de tiempo de trabajo.

---

<sup>7</sup> Los montos mínimos de aporte por beneficiario garantizados son 36 pesos para los beneficiarios de 60 años o más, de 19 pesos para los de 40 a 59 años y de 12 pesos para los de menos de 40.

## Decreto 1.615/69 (13-12-96)

Crea la Superintendencia de Servicios de Salud, en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, decidiendo la fusión de tres organismos anteriormente a cargo del sistema de seguro, ANSSAL, INOS y DINOS. La Superintendencia estará encargada de fiscalizar el cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, supervisar el cumplimiento del régimen de libre elección de obras sociales y controlar el cumplimiento del régimen de Hospitales Públicos de Autogestión. Se trata de un organismo descentralizado con personalidad jurídica y autarquía administrativa, económica y financiera; está facultado para actuar como ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes del Sistema Nacional de Seguro de Salud y por consiguiente dictar las resoluciones que hagan al funcionamiento del sistema.

## El proyecto PARSOS 2

En julio de 1998 se firma una minuta de entendimiento con una misión del Banco Mundial dirigida a sentar bases de acuerdo para una segunda etapa de Reforma de los Seguros de Salud en el país. Iniciativa que no llegó a concretarse. En este caso los objetivos se orientaban a:

- a) Mejorar la calidad, eficiencia y sustentabilidad de las Obras Sociales Provinciales a partir de un proceso de reconversión, libre opción e integración en el marco regulatorio nacional<sup>8</sup>.
- b) Mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud de la población de menor ingreso y no asegurada, a través de su integración en el Sistema Nacional de Seguros de Salud, mediante el financiamiento de la demanda de los hospitales públicos, que deberán competir con otros proveedores e integrarse al Programa Nacional de Garantía de Calidad.
- c) Mejorar la calidad, la eficiencia y sustentabilidad de las obras sociales sindicales y de las obras sociales con regímenes especiales que no adhirieron al primer proyecto PARSOS.
- d) Mejorar la equidad y eficiencia del sistema de seguros de salud a través del fortalecimiento de la Superintendencia de Servicios de Salud, el desarrollo del marco regulatorio y el perfeccionamiento de la gestión del Fondo Solidario de

---

<sup>8</sup> En este punto se evidencian nuevamente diferencias regionales que no es posible abordar en una presentación de tipo general. Tres obras sociales provinciales, las de Mendoza, Río Negro y Salta, estarían dispuestas a aceptar la reconversión y posterior integración al sistema nacional. Más importante aún, dos provincias, Salta y Río Negro están poniendo en marcha un seguro provincial de salud destinado a la cobertura de los carenciados. Sorprendentemente la minuta considera un factor de viabilidad y no un obstáculo para el proyecto el hecho que el gasto provincial destinado a los hospitales públicos en esas provincias representa más del doble de lo que supondría una cápita destinada a financiar el Plan Médico Obligatorio para la totalidad de los carenciados en su población.

- Redistribución y de los programas especiales (alta complejidad).
- e) Extender las reglas del Sistema Nacional de Seguros de Salud a las empresas de medicina prepaga.
  - f) Fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud y Acción Social en materia de regulación y evaluación y de la Secretaría de Desarrollo Social para la atención de los beneficiarios de pensiones no contributivas. (World Bank, 1998).

## *La reforma del subsector público: descentralización hospitalaria*

### **Las transferencias de hospitales**

Las políticas de transferencia de servicios públicos de salud desde la jurisdicción nacional a la provincial se han llevado adelante en forma parcial desde mediados de la década de 1950. En la segunda mitad de la década de 1970 se verifica un nuevo movimiento descentralizador que se expresa en la Ley 21.883/78, que concretó la transferencia de 65 hospitales nacionales a jurisdicciones provinciales y municipales.

Esta transferencia de establecimientos de salud se basó en criterios fiscales y no estuvo acompañada por ningún mecanismo de compensación financiera ni de iniciativas para mejorar la gestión de los servicios. A partir de la década de 1990 se retoma la política descentralizadora con la transferencia de 20 establecimientos hospitalarios, algunos institutos dedicados a funciones específicas y programas sociales. Nuevamente se observa el predominio de objetivos financieros. En el mensaje del Poder Ejecutivo que acompaña el proyecto de Ley de Presupuesto se señala que tales transferencias se hacen como respuesta a la mayor dotación de recursos financieros que recibirán las provincias por el nuevo régimen de coparticipación federal<sup>9</sup>.

El proceso de descentralización desde la Nación hacia las provincias no se completó, salvo excepciones, con una transferencia desde estas a los municipios. En varios casos se tendió a generar sistemas provinciales con alto nivel de centralización, aunque los resultados concretos son disímiles en las diferentes realidades provinciales.

Finalmente, la Nación ha creado algunos hospitales dotados desde sus orígenes de una estructura jurídica que permite su descentralización a nivel de unidad micro-económica. Se trata de algunos hospitales de alta complejidad con autonomía en la formulación de presupuestos, fijación de salarios, etcétera. Esta política se prolonga en las disposiciones sobre hospitales de autogestión.

## *El Programa de Nutrición Materno Infantil*

Se establece en 1992, con apoyo financiero del Banco Mundial. Su objetivo es la implantación de un paquete básico de cobertura destinado a la población a cargo del subsistema público, tendiente a:

---

<sup>9</sup> Cámara de Diputados de la Nación, Trámite Parlamentario 95. Bs.As., 13-09-91.

- a) reducir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil,
- b) fortalecer la red de atención primaria,
- c) restringir la demanda injustificada en los centros asistenciales y,
- d) aumentar el número de consultas y exámenes prenatales, reducir significativamente los riesgos en el embarazo y disminuir el nacimiento de prematuros.

### **Decreto 578/93, de creación del Registro Nacional de Hospitales de Autogestión**

Nuevamente una disposición del Poder Ejecutivo, dictada sin intervención del parlamento, propone un nuevo marco de funcionamiento para los servicios de salud. En este caso establece la obligatoriedad del pago de los servicios recibidos por todas aquellas personas que tengan cobertura de obras sociales, mutuales o prepagas.

Para incorporarse al sistema así establecido los hospitales debían adecuarse a las siguientes disposiciones:

- Cumplir con los requisitos básicos que establece el Programa Nacional de Calidad, y estar habilitados y categorizados por autoridad competente.
- Financiarse con fondos presupuestarios que le asigne la respectiva jurisdicción de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población que atienda.
- Complementar sus ingresos cobrando los servicios a las personas con capacidad de pago y con fondos originados en las contrataciones con empresas de seguro privado de salud, mutuales y obras sociales.

Los ingresos extrapresupuestarios así percibidos serán administrados directamente por el hospital de autogestión. Al mismo tiempo se establece la descentralización de la administración de estos hospitales y la integración de redes de servicios. Con el fin de mejorar la administración interna se autoriza la utilización de los recursos provenientes de la venta de servicios para crear una estructura de incentivos basada en el reconocimiento de la productividad y eficiencia del personal. Se hace referencia a una futura introducción de mecanismos de subsidio a la demanda y se deja abierta la posibilidad de creación de seguros de salud públicos.

A lo largo de la década de 1990 se producen por consiguiente tres fenómenos simultáneos relacionados con la descentralización hospitalaria:

- a) La transferencia de los últimos hospitales públicos nacionales a las provincias, configurando una descentralización de alcances meramente administrativos.
- b) La reconfiguración de sistemas provinciales de salud, con experiencias de centralización a nivel provincial y de descentralización hacia los municipios, conformando un conjunto de situaciones provinciales heterogéneas.
- c) La puesta en marcha de cierta descentralización microeconómica a nivel de los hospitales bajo la figura del Hospital de Autogestión.

## *La efectividad de las reformas*

Si se quiere hacer un balance de las consecuencias de las medidas de gobierno reseñadas es necesario señalar que tuvieron poco impacto sobre la realidad que procuraban modificar. Las causas de ese fracaso pueden asociarse en parte con un conflicto político abierto, que tiene como protagonistas principales a gobierno y CGT y transita por diferentes alternativas a lo largo de los diez años de gobierno del presidente Menem; en parte se vinculan también con los cambios producidos en ese mismo lapso en la relación entre obras sociales y proveedores de servicios, fuente de transformaciones sustantivas en las reglas de juego que la regulan. Es difícil precisar si tales cambios se produjeron en el marco de la impotencia, la pasividad, la indiferencia o el apoyo implícito de los organismos estatales a cargo de la regulación del sector; esta incertidumbre afecta cualquier visión simplificadora que procure analizar la reforma en función del éxito o fracaso de los objetivos de determinados grupos en el interior del aparato estatal o con influencia sobre sus decisiones. Cualquier diagnóstico de logros o falencias deberá tener en cuenta, además de intereses y proyectos, la homogeneidad y coherencia de las decisiones gubernamentales que ese aparato debía cumplimentar<sup>10</sup>.

### *El conflicto político abierto entre gobierno y la Confederación General del Trabajo*

Uno de los ejes de la reforma, la desregulación de la afiliación a las obras sociales, se vio obstaculizada por la firme oposición de la CGT. Los líderes sindicales defienden el mantenimiento del statu quo en relación con las obras sociales, fundamentalmente porque sus recursos constituyen una importante fuente de poder económico y político para sus dirigentes; sin embargo, también debe adjudicarse peso a razones vinculadas con la eficiencia del sistema, ya que el movimiento obrero corría el riesgo de verse obligado a administrar la fracción de menores recursos entre su población

---

<sup>10</sup> A mediados de 1995, el documento del Banco Mundial que da fundamento al proyecto PARSOS identifica como causas del fracaso de los intentos de reformas puestos en marcha hasta ese momento: "a) la inaceptabilidad política de la propuesta radicalmente igualitaria del Ministerio de Economía de compensar todas las contribuciones de seguro y asignar una prima de seguro uniforme per cápita; b) la ausencia de un organismo regulador independiente y capacitado para establecer y supervisar normas de desempeño financiero y servicios de salud y redistribuir la financiación compensatoria; c) la escasez de recursos e incentivos financieros, de modo de permitir a las obras sociales reestructurar sus deudas, mejorar sus operaciones y flujo de caja, mejorar su organización y prácticas de gestión" (World Bank, 1995a, p. 21). En el caso de la minuta de intención destinada a especificar los acuerdos para un posible proyecto PARSOS 2 los funcionarios de la misión del Banco Mundial aplican una cierta dosis de realismo político a la evaluación de su factibilidad. Consideran como principales riesgos los siguientes: a) la falta de compromiso político durante la duración del proyecto, debida a la realización de elecciones nacionales y provinciales durante su vigencia; b) las dificultades fiscales que enfrentarían las provincias para aportar el 100% de los fondos de contraparte; c) la pérdida de autonomía fiscal que significaría para las provincias la integración en el sistema nacional, que las obligaría a aceptar la recaudación de los aportes por la DGI nacional. (World Bank, 1998).

beneficiaria si una vez aceptada la libre elección entre obras sociales se abría la puerta a la competencia con las empresas de seguro privado, en condiciones de captar la adhesión del estrato de mayor ingreso.

La periodicidad bianual de los decretos de reforma se vincula con ciclos de acercamiento y oposición entre el gobierno y los líderes sindicales. En no pocas oportunidades la continuidad del sistema de obras sociales se concede a cambio de la aceptación de otras medidas que la conducción económica considera más importantes para la marcha de su proyecto de transformación.

En el año 1995 se producen dos acontecimientos que impulsan desde diferentes ángulos la decisión de efectivizar la desregulación de las obras sociales, reactivando al mismo tiempo el conflicto con la CGT.

El primero de ellos se relaciona con la repercusión interna de la crisis mexicana de diciembre de 1994, que se diluye luego de convulsionar durante algunos meses el sistema financiero, otorgando un nuevo voto de confianza al programa de convertibilidad y fortaleciendo por consiguiente la posición política de los reformadores. Un segundo hecho, en este caso negativo, es el ingreso en una fase recesiva del ciclo económico, que pone en evidencia las dificultades para controlar el gasto público y despierta temores fundados a desequilibrios fiscales que pongan en peligro la estabilidad monetaria alcanzada. Desde la conducción económica se enfatiza la necesidad de profundizar la Reforma del Estado, solucionando cuestiones pendientes que se vinculan a las relaciones entre gobierno nacional/gobiernos provinciales y Estado/sindicatos.

Para avanzar en la materia se profundizan las negociaciones con el Banco Mundial, fundadas en la necesidad de eficientizar la administración del gasto.

En la segunda mitad de 1996 se agudiza el conflicto entre el gobierno y la dirección del movimiento sindical a raíz de la decisión del Ejecutivo de impulsar la sanción parlamentaria de las leyes de flexibilización laboral.

La CGT encuentra obturada la posibilidad de diálogo y opta por medidas de fuerza, organizando dos paros generales que logran importante acatamiento en un momento en que la popularidad del gobierno se ve comprometida por las dificultades para la reactivación de la economía, cifras abrumadoras de desempleo, dificultades para reducir el gasto público y escándalos que revelan la ineficacia del aparato estatal para controlar múltiples focos de corrupción y despilfarro.

El gobierno avanza en su decisión de flexibilizar las relaciones laborales y a la vez establece plazos para la desregulación de las obras sociales. El primero de enero de 1997 comenzará el período de elección de obra social para los beneficiarios del sistema, a partir de la misma fecha de 1998 la posibilidad de opción se extendería a las empresas de seguro privado de salud, alternativa que finalmente no se cumplió.

La Resolución 63/96 del 18 de diciembre de 1996 establece las condiciones para hacer efectiva la opción de cambio entre las obras sociales sindicales. Pocos días más tarde se crea la Superintendencia de Servicios de Salud. El nuevo organismo encargado de la conducción del sector no cumple las expectativas explicitadas por los funcionarios del Banco Mundial, cuando señalaban la necesidad de contar con un "organismo regulador independiente y capacitado para establecer y supervisar

normas de desempeño financiero y servicios de salud y redistribuir la financiación compensatoria” (World Bank, 1995a, p. 21). Por el contrario, técnica y políticamente se ubica como continuidad de la ANSSAL, representando nuevamente una solución de compromiso entre las demandas del Banco Mundial y las presiones sindicales.

### **Los cambios en la relación entre oferta y demanda de servicios de atención médica**

El segundo pilar de la reforma, la liberalización de las modalidades contractuales que vinculan la demanda y oferta de servicios, tuvo un acatamiento significativo en las regiones más desarrolladas del país. Sin embargo, para una adecuada reconstrucción de su dinámica sería necesario preguntarse si ese cambio se produjo como consecuencia de las medidas tomadas por el gobierno o fue consecuencia de un movimiento iniciado por los propietarios de sanatorios con mejores condiciones de posicionamiento en el mercado, en las regiones donde este alcanzaba una dimensión significativa, como reacción defensiva ante la crisis financiera de la seguridad social.

En general puede afirmarse que la libre contratación entre entidades financiadoras y proveedores de atención médica se difunde con rapidez en un terreno ya preparado por las condiciones de saturación de la oferta de servicios. El sobredimensionamiento de la capacidad instalada —en particular camas y tecnología compleja— en función de la capacidad de pago de una demanda fuertemente afectada por los procesos de contracción del empleo y el ingreso entre los beneficiarios de las obras sociales, estimula a los sanatorios con mejores condiciones de inserción en el mercado a abandonar el sistema de contratación controlado por la respectiva Confederación. En función de esa estrategia, las tradicionales corporaciones del sector pierden rápidamente el oligopolio de oferta que les brindaba el control de las contrataciones con obras sociales y aseguraba el acceso de todos sus miembros en igualdad de condiciones al mercado de la seguridad social médica. Es necesario señalar sin embargo que este proceso no se realiza en condiciones similares en la totalidad del país, existiendo regiones donde el control corporativo logró mantenerse a partir de cierta adecuación a las nuevas condiciones de la contratación de servicios con las obras sociales.

Las nuevas modalidades de la relación entre oferta y demanda de servicios —contratos de riesgo entre obras sociales y proveedores, en función del pago capitado— estimulan el desarrollo de formas de intermediación —administradoras de prestaciones, uniones transitorias de empresas, redes de proveedores— que toman a su cargo la gestión de esos contratos y ensayan estrategias de control de costos de muy diferente tipo. En paralelo se amplían las posibilidades de financiación a través de la expansión de empresas de seguro privado.

El proceso fue más complejo en el interior de las asociaciones que representan a los profesionales independientes, ya que las mismas no agrupan a organizaciones empresarias, sino que constituyen instituciones con una base mixta política y gremial. Su adaptación a las nuevas condiciones de contratación ha sido realizada



utilizando diferentes estrategias, tales como la conformación de empresas de medicina prepaga, la compra de capacidad instalada destinada a la internación, la instalación de centros de diagnóstico y cirugía ambulatorios, y la inserción de la asociación gremial en redes de proveedores ya existentes en el mercado, de modo de asegurar a sus miembros un lugar en la oferta de servicios. Describiré en detalle las transformaciones producidas en ambos mercados en la segunda parte de este capítulo.

Los sanatorios privados y en menor grado los profesionales con práctica independiente sobre una base ambulatoria continúan teniendo influencia predominante en la conformación del sistema de servicios, particularmente en lo relacionado con la regulación de las condiciones de la oferta (incorporación de tecnología, modalidades de organización de servicios, control de las condiciones de práctica). La diferencia se ubica a partir de que esta regulación no se implementa a partir de una lógica centralizada que garantiza igual acceso a la demanda a todos los miembros de la corporación, sino a través de una dinámica de competencia empresarial en la búsqueda de contratos con las obras sociales<sup>11</sup>.

### *Las bases sociales del conflicto: Nuevos y viejos actores del sector salud*

Los actores políticamente relevantes en el interior del sistema de servicios en la Argentina han sido hasta muy recientemente grandes corporaciones: la organización sindical en primer lugar, y en segundo término las grandes confederaciones representantes de la oferta de servicios, tanto la que reúne a los profesionales en forma individual como la que agrupa a los sanatorios. Una buena evaluación de la profundidad de los cambios requiere hacerse cargo de establecer hasta qué punto el diagrama de poder sigue incluyendo los mismos actores, en qué medida estos han modificado sus propuestas de organización sectorial, qué estrategias han puesto en marcha para adecuarse a las nuevas condiciones, hasta qué punto se ha verificado una transformación de sus identidades, qué nuevos actores han emergido y qué peso pueden ejercer para modificar el anterior equilibrio de poder.

Para comprender los cambios en proceso es necesario tener en cuenta además el contexto más general del sistema político argentino, donde la competencia entre el subsistema de partidos y el subsistema de representación corporativa fue una característica relevante a partir de la década de 1940. Esta competencia se expresa en el interior del sector salud en la trama institucional específica que da origen al *pacto corporativo*. En la última década, por el contrario, el paulatino debilitamiento de la modalidad corporativa de representación de intereses ante el aparato estatal acompaña las transformaciones producidas en el sistema de servicios de salud (SSS)

---

<sup>11</sup> El análisis de las diferencias regionales en las modalidades de contratación entre obras sociales y proveedores es objeto de una investigación en curso. En este texto solo se describen las transformaciones de las regiones donde el proceso de competencia avanzó más rápidamente que son precisamente aquellas donde el mercado había alcanzado mayores dimensiones.

y en particular los cambios verificados en las modalidades de vinculación entre oferta y demanda de servicios.

Los analistas políticos (Sidicaro, 1995) asocian el debilitamiento del poder corporativo en la representación de intereses ante el Estado con las políticas de desregulación económica y la decisión de permitir una mayor presencia de la operatoria de los mercados en el campo de la actividad productiva.

Para comprender las razones de este debilitamiento de las corporaciones organizadas en una época de fuerte presencia estatal en la economía, es necesario considerar que la política de apertura económica tuvo efectos diferentes sobre la operatoria de los diferentes sectores económicos, y en el interior de ellos sobre la capacidad de adecuación de las diferentes empresas, de modo que erosionó la posibilidad de representación unificada en cada una de las corporaciones tradicionales.

No quiero decir con ello que las relaciones de poder se disolvieron en una lógica de competencia en el mercado. El nuevo modo de representación de los intereses económicos ante el Estado se canalizará a través de prácticas de *lobby* que, adecuándose a algunos de los rasgos tradicionales de la cultura política argentina, se transmutarán en parte en nuevas formas de clientelismo. Este es también uno de los rasgos que caracterizan el nuevo sistema de alianzas entre el empresariado del sector salud.

El proceso fue evidente en las corporaciones que representaban a los sanatorios, aun antes de establecerse la libertad de contratación entre financiadores y proveedores de atención médica. Ante la crisis financiera de las obras sociales los establecimientos en mejores condiciones de competir comenzaron a ofrecer condiciones de contratación más favorables —en términos de costos y de riesgo financiero— a las obras sociales, ya fuera en forma individual o colectiva, dando lugar a las primeras redes de prestadores.

En lo relacionado con la corporación sindical el proceso que lleva a su debilitamiento tiene rasgos clientelares, aunque seguramente el mismo origen.

La conducción del movimiento obrero se encuentra afectada en la década de 1990 por tres grandes conjuntos de procesos interrelacionados. En primer lugar, las transformaciones estructurales que modifican la composición de la fuerza laboral e incrementan la heterogeneidad de las condiciones de salarios y empleo; en segundo término, cambios en la cultura política de negociación de las condiciones de trabajo que se expresan en la generalización de los convenios por empresa, abandonando gradualmente la antigua práctica de las convenciones colectivas por rama de actividad, en las que se basaba buena parte del poder de los sindicatos (Etchemendy & Palermo, 1998); y, por último, los antagonismos que producen entre los dirigentes sindicales las disímiles posiciones tomadas en relación a la política de liberalización, llevada adelante por un gobierno que comparte con ellos la identidad peronista pero deja caer una a una la totalidad de las banderas tradicionales de ese movimiento político (Gerchunov & Torre, 1996).

En ese marco, la relación sindicato/Estado se redefine de continuo, utilizando a menudo la conservación del control sobre las obras sociales como prenda de negociación frente a otras cuestiones más conflictivas o más perentorias para el proceso de reforma emprendido desde el Ministerio de Economía. De este modo, los rasgos

estructurales que redefinirían esa relación, no terminan de afirmarse por estar continuamente sujetos a vaivenes de coyuntura. En 1995 esos vaivenes se vinculan a la fuga de capitales y recesión que se asoció con el efecto *tequila*, la crisis del sistema bancario, las cifras de desempleo, la reiterada intención de disminuir los costos laborales a partir de la reducción de aportes patronales; en 1998 con los efectos de la crisis asiática. A nivel político tiene también peso en los últimos años la puja desatada en el núcleo más íntimo del poder menemista por la sucesión presidencial en 1999 y las estrategias de los principales contendientes, destinadas a recuperar en su beneficio las alianzas tradicionales del movimiento peronista.

En el interior de ese complejo proceso histórico, el sindicalismo argentino bajo el menemismo no solo se fragmenta, originando dos nucleamientos opositores a la Confederación General del Trabajo, el Movimiento de los Trabajadores Argentinos y el Congreso de los Trabajadores Argentinos, más importante en términos institucionales será la trasmutación radical de las formas organizativas de algunos de sus sectores, los más cercanos a la vertiente liberal del gobierno, dando lugar al nacimiento de lo que ha sido caracterizado como *sindicalismo de negocios* (Belmartino, 1996a; Murillo, 1997).

Las transformaciones de la esfera sindical, en efecto, van más allá del debilitamiento de la capacidad negociadora de la CGT. Los dirigentes con mayor posibilidad de aprovechar las nuevas oportunidades brindadas por la privatización de empresas públicas o la desregulación de áreas significativas de la producción de servicios han comenzado a incorporar funciones empresarias a sus actividades tradicionales. La administración de programas de propiedad participada en empresas públicas privatizadas, la organización de microemprendimientos para la perforación de áreas petroleras, y la producción de energía eléctrica, la participación en sociedades orientadas a la administración de fondos de jubilaciones o en la conformación de administradoras de prestaciones de atención médica son algunos ejemplos de este nuevo posicionamiento sindical ante los procesos de cambio que afectan su situación relativa en el esquema de poder.

La oposición de la CGT a la desregulación de las obras sociales no se produce por consiguiente en un contexto de paralización o inmovilismo en la organización de estas instituciones. Buen número de ellas, en paralelo a la confrontación con el gobierno en el nivel político macro, ha comenzado a desarrollar nueva capacidad de gestión con el objeto de adecuarse al nuevo escenario. En los últimos años las estrategias apuntaron en tres direcciones principales.

Un importante grupo de obras sociales —originariamente 73 instituciones que agrupan alrededor de 5 millones de beneficiarios; la información periodística más reciente<sup>12</sup> habla de 93 obras sociales— decidió acogerse a los beneficios ofrecidos por el Programa de Reversión del Sector Salud, financiado por el Banco Mundial. Un segundo conjunto —compuesto por entidades de menor tamaño que en forma aislada no conseguían conformar un adecuado *pool* de riesgo— ha ingresado en un

---

<sup>12</sup> *La Nación* del 05-11-98, recoge información proveniente del Programa de Reversión, que menciona la reducción a 220 obras sociales, a partir de las 330 existentes en 1996. De ellas, 93 adhirieron al PROS y solo 30 habrían recibido ya el respectivo préstamo.

proceso de fusión o federación. En el primer caso, la fusión, la resultante es una nueva obra social; en una federación, en cambio, las entidades conservan su individualidad jurídica, pero unifican la percepción y administración de sus recursos financieros. En una tercera modalidad de adecuación algunas obras sociales, individualmente o en grupos de tres o más instituciones, se asocian con empresas nacionales o extranjeras para conformar una nueva asociación, bajo el régimen jurídico de la sociedad anónima u otro similar, para actuar como administradora de prestaciones del conjunto de sus beneficiarios y ofrecerse como alternativa en el proceso abierto de libre elección.

Una última modalidad a considerar, de significativa importancia en tanto introduce un nuevo elemento de distorsión en un sistema presuntamente solidario, tomó estado público en 1998. Se trata de la firma de convenios entre obras sociales y empresas prepagas que permiten a estas últimas hacerse cargo de la cobertura de aquellos beneficiarios de la obra social dispuestos a pagar una prima adicional para acceder a sus planes de cobertura. La estrategia comercial de las prepagas se encuadra directamente en este caso en las prácticas de selección de riesgo o *cream skinning* y tiene como consecuencia fragmentar el *pool* de base solidaria conformado por el conjunto original de beneficiarios de la obra social. La posibilidad de integrarse a una forma de cobertura prepaga atrae probablemente a aquellos beneficiarios del sistema de obras sociales que pueden solventar el costo adicional y optan —por consiguiente— por trasladar sus aportes a las obras sociales que les ofrecen este tipo de opción. Las consecuencias para el sistema se expresarán en mayor fragmentación, mayor estratificación y fragilidad creciente de la cobertura de los sectores de menores recursos.

Por último, un ingrediente que agrega conflictividad política a la situación actual se vincula con el movimiento de ingreso de capitales multinacionales de diferente origen, iniciado en 1994, que toman posiciones en diferentes niveles del SSS. Empresas como The Principal, Exxel Group, Swiss Medical Group, Provida, Amil y otras, han adquirido instituciones asistenciales nacionales o conformaron *joint ventures* para su futura gestión, incursionando también en el campo de las empresas de seguro privado, en la actividad de consultoría destinada a entidades financieras, redes de proveedores y proveedores individuales, y en la administración de prestaciones por asociación con, o absorción de, instituciones preexistentes o la generación de nuevas empresas.

## Segunda parte: Las transformaciones producidas en el sistema de servicios

En la segunda parte de este capítulo destinado a la reforma de la atención médica en la Argentina analizaré las transformaciones producidas en el sistema de servicios de salud. Para ello comenzaré con una caracterización de la complejidad de ese sistema, identificando los subsistemas que operan en su interior, discriminación

indispensable para evaluar el impacto de los cambios y la forma en que estos afectan a diferentes sectores de población. Luego introduciré la información sobre cambios a partir de caracterizar dos modelos de financiación y provisión de la atención médica: el vigente entre 1960 y 1990 y el que se encuentra actualmente en gestación como consecuencia de las transformaciones que acompañaron la reforma.

## La estructura de sistemas de servicios de salud

### *División en subsistemas*

El análisis del sistema de servicios de salud en la Argentina se ha basado tradicionalmente en la diferenciación en tres subsectores: público, privado y de la seguridad social. Esta diferenciación tiene una doble base: por un lado, la propiedad o jurisdicción de las respectivas instituciones proveedoras de servicios; por el otro, las fuentes de financiación y los mecanismos de vinculación entre instituciones financiadoras y proveedoras. La información estadística se recoge y elabora respetando esa división en subsectores.

Para facilitar una presentación esquemática de las transformaciones en las formas organizativas, que se vinculan básicamente con la relación entre financiación y provisión de servicios, consideraré también tres subsistemas, utilizando sin embargo un criterio clasificatorio único, que será la fuente de financiación. Identificaré por consiguiente un subsistema público cuyos recursos provienen del sistema impositivo; un sistema financiado por las contribuciones obligatorias a la seguridad social; y un tercer subsistema, emergente, financiado con primas de carácter voluntario, conforme a las modalidades de los seguros privados de salud.

Como veremos a medida que avance la presentación, esta clasificación también diferencia en relación a la población a cargo de cada subsistema.

La relación entre financiación y provisión configura un modelo integrado para el sistema público y adopta formas contractuales en los dos subsistemas de seguro (obligatorio y voluntario).

La identificación de subsistemas adoptada se funda en la clasificación utilizada en el informe de Hurst ya citado (OECD, 1992). Las categorías aplicables al caso argentino serían:

1. Modelo de seguro obligatorio con provisión de servicios por contrato: los recursos son recogidos y administrados por las instituciones de seguridad social (obras sociales); la provisión de servicios se organiza por contrato. Seguro de salud con contribuciones obligatorias que supone pagos directos, bajo contrato, de los aseguradores o terceros pagadores a los proveedores, por los servicios prestados a las personas aseguradas. En este modelo los proveedores son con frecuencia independientes y los pagos contractuales que reciben tienen por lo general la forma de capitación u honorario por servicio.

2. Modelo público integrado: corresponde a los servicios financiados y provistos por instituciones dependientes de diferentes organismos del Estado. La financiación se hace a través del sistema impositivo, y los pagos a los proveedores por presupuestos globales y salarios. El gobierno es el principal asegurador y el más importante proveedor. Los servicios son provistos a los pacientes directamente, con frecuencia libres de cargo.
3. Modelo de seguro voluntario con provisión de servicios por contrato: corresponde a empresas de medicina prepaga, dedicadas a la organización de seguro de salud de afiliación voluntaria, con pagos directos, bajo contrato, de los aseguradores o terceros pagadores a los proveedores, por servicios suministrados a las personas aseguradas. En este modelo los proveedores son con frecuencia independientes y los pagos contractuales toman la forma de honorario por servicio.

### *El seguro obligatorio por contrato*

Las obras sociales actúan como fondos de seguro de enfermedad, financiando servicios de atención médica para trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos. Aquellas que dependen de la jurisdicción nacional tienen un régimen jurídico establecido por la Ley 23.660 de 1989 y su Decreto Reglamentario 576/93. Esa reglamentación ha sufrido modificaciones parciales a través de decretos sancionados en 1993 y 1995, cuyos aspectos más importantes fueron sintetizados en la primera parte de este capítulo. Las que corresponden a jurisdicciones provinciales se rigen por leyes específicas.

Se trata de seguros grupales solidarios basados en la ocupación. Su naturaleza jurídica corresponde a la de personas de derecho público no estatal<sup>13</sup>. Su carácter semipúblico se vincula a la creación a través de autorización del Estado, que se reserva facultades de intervención administrativa, la afectación de su patrimonio a la realización de fines públicos, y el goce de ciertos derechos de ejercicio de autoridad pública como la aplicación de sanciones o el carácter obligatorio de la afiliación.

Las obras sociales de régimen nacional, más de 300 instituciones a comienzos de la década de 1990, son los agentes centrales del seguro de salud, y dan cobertura al 48,21% de la población bajo el sistema de seguro obligatorio. Están sometidas a la jurisdicción nacional a través de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) y la Superintendencia de Servicios de Salud. Las obras sociales provinciales, 23 instituciones, otorgan cobertura a un 29,41% de la población con seguro obligatorio, fundamentalmente empleados del sector público provincial y sus dependientes. La fuente de financiamiento está constituida por contribuciones de empleados y empleadores vinculadas a los ingresos, que en las obras sociales de régimen nacional se establecieron en un 8% de la nómina salarial según las disposiciones de la ley 23.660, luego modificadas, y en las provinciales varían entre el 7 y el

---

<sup>13</sup> La caracterización corresponde a Dromi y Marienhoff, citados por Roberto Tafani.

12,5% de la misma. Bajo un régimen particular se ubica el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJYP.), comúnmente conocido por la sigla referida a su Programa de Atención Médica Integral (PAMI) que da cobertura a un porcentaje cercano al 22,39% de la población cubierta por el sistema de seguro obligatorio. Sus recursos provienen de un porcentaje de los aportes y contribuciones de los trabajadores activos y un aporte de los trabajadores pasivos que varía entre el 3 y el 6% de sus ingresos.

Los rasgos fundamentales del sistema son el carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad. Las contribuciones de empleados y empleadores se canalizan hacia la obra social del sindicato, empresa o actividad respectiva. Pese a la existencia de un gran número de instituciones, los beneficiarios y recursos se concentran en un número relativamente reducido, determinando la inviabilidad financiera de muchas de ellas. De un total de más de 300 instituciones 30 daban cuenta en 1996 del 73% del total de los beneficiarios y el 75% de la recaudación (Tafari, 1996).

### *El subsistema público integrado*

Los servicios del subsistema público integrado son financiados con recursos provenientes del presupuesto estatal, y administrados por los gobiernos nacional, provinciales y municipales. En la última década ha culminado el proceso de transferencia de servicios de atención médica de la jurisdicción nacional a la provincial iniciado a fines de la década de 1950. Como consecuencia quedan en manos del Estado nacional solo algunos establecimientos muy especializados que brindan sus servicios a la totalidad de la población nacional.

El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica. Tiene a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional, comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, asistencia y rehabilitación.

Administra en forma directa cinco hospitales con funciones específicas y programas especiales como inmunizaciones, maternidad e infancia, sida y enfermedades de transmisión sexual, etcétera. Participa, a través de la ANSSAL, en la definición de la política relativa a las obras sociales.

Los gobiernos provinciales son responsables de la salud de sus habitantes por una facultad constitucional no delegada en el poder nacional ni en los municipios. La ejercen a través de sus Ministerios de Salud o de Salud y Acción Social, que en la mayoría de los casos tienen una estructura centralizada y cuentan con un presupuesto específico.

En algunas provincias, los municipios gestionan los centros de salud que tienen a su cargo los servicios de atención primaria y pueden también tener bajo su jurisdicción hospitales. Estos servicios están financiados con recursos del presupuesto



municipal, y los provenientes de subsidios o transferencias de los respectivos gobiernos provinciales o el gobierno nacional.

Las provincias tienen un papel relevante dentro del sector salud, ya que realizan con sus propios recursos alrededor del 75% del gasto público destinado a la financiación de servicios de atención médica. En la última década han expandido sus acciones y organizan el sector de acuerdo con criterios y modalidades propios.

Las relaciones entre la nación y las provincias se articulan a través del Consejo Federal de Salud, COFESA, pero no siempre la coordinación resulta efectiva. Pueden observarse en algunos casos servicios superpuestos, situaciones de doble regulación y fiscalización y sobreabundancia de normas para habilitaciones y acreditaciones.

La modalidad de financiamiento vigente puede caracterizarse por los siguientes rasgos:

1. El uso de un sistema de presupuestación global, sin metodología de formulación, ejecución ni control.
2. El financiamiento directo, desde la Administración Central, de sueldos y salarios del personal de los hospitales, que representa alrededor del 85% del gasto hospitalario.
3. La no identificación de la cobertura de pacientes que impide evaluar en cada servicio, la accesibilidad de la población sin cobertura social, la utilización de servicios, y, por consiguiente, la equidad resultante en términos de la misión que se le adjudica en el interior del sistema de servicios (PRESSAL, 1994).

Muestreos estadísticos en los grandes aglomerados urbanos evidencian un importante consumo de los servicios brindados por el subsector público por la población que posee algún tipo de cobertura (obra social, prepago, aseguradoras de riesgo de trabajo, seguros), sin el correspondiente pago de las prestaciones.

Si bien las estrategias de facturación a través del modelo del Hospital de Auto-gestión manifiestan resultados de crecientes volúmenes de cobranza, la situación estructural continúa registrando importantes subsidios desde el subsector público al resto de los subsectores (PRESSAL, 1994).

La experiencia hasta la fecha ha estado limitada a pocas instituciones y los resultados han sido disímiles. En algunos casos se ha producido la exclusión o la limitación del acceso de la población indigente en función de estimular la captación de pacientes con cobertura; en otros ese riesgo ha sido explícitamente descartado a través de mecanismos administrativos que impiden la discriminación. De todos modos, la importancia de los recursos adicionales así obtenidos no es relevante como porcentaje del presupuesto total de estas instituciones. Una publicación del Ministerio de Salud y Acción Social de agosto de 1997 indicaba que, hasta fines de 1996, 824 hospitales habían adherido al régimen y el monto total cobrado a las obras sociales por el mecanismo de débito automático había alcanzado en el primer semestre de 1996 a 6.800.000 pesos (Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1997).

## *El seguro voluntario (empresas de medicina privada)*

Los seguros privados de afiliación voluntaria ofrecidos por más de 200 empresas cuya actividad ha adoptado la denominación de medicina prepaga, daban cobertura en 1995 a unos 2.3 millones de personas con un gasto de mil quinientos millones de pesos según cifras del Banco Mundial. Las 72 empresas más importantes, que dan cuenta de alrededor de un 70% del mercado, cubren 1.740.000 beneficiarios y declaran ingresos por 1.130 millones de pesos<sup>14</sup>. Son organizaciones con fines de lucro, orientadas a captar sus beneficiarios entre la población de mayores recursos. La cobertura que ofrecen es limitada, y ofrece planes con diferentes niveles de prima según el riesgo cubierto. Los contratos establecen periodos de carencia y no se otorga protección a patología preexistente.

Existen además más de tres mil mutualidades que ofrecen cobertura de atención médica a un millón de beneficiarios y gastan un monto estimado en quinientos millones de pesos (World Bank, 1995a). Las empresas de seguro privado con fines de lucro se desarrollaron originariamente a partir de iniciativas de grupos profesionales u hospitales privados, llegando algunas de ellas a alcanzar dimensiones significativas. Las de mayor desarrollo en los últimos años son organizaciones pensadas desde una lógica empresarial, con profesionalización a nivel de dirección, que basan su oferta en niveles de excelencia en determinadas áreas, eficiencia, imagen y marketing, conforme a la caracterización que hace de ellas un documento del Ministerio de Trabajo (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1995). La provisión de servicios puede hacerse bajo una modalidad integrada (la organización prepaga surge de una integración hacia atrás de algún sanatorio, o bien se integra hacia adelante adquiriendo capacidad instalada propia), por contrato, o en forma mixta.

La intervención regulatoria por parte del Estado ha sido mínima. La Resolución 2.181 de 1980 de la Secretaría de Comercio establece las condiciones que deben registrarse en los contratos. Estas se refieren a: características de los convenios (individual o colectivo); porcentaje de descuentos sobre medicamentos y requisitos para obtenerlos; normas aplicadas a la provisión de servicios; forma de pago de las primas y reintegros.

Según la evaluación del Banco Mundial, sin embargo, el conjunto de las instituciones configura un sistema muy heterogéneo, con gran número de entidades, costos de operación extremadamente altos y escasa transparencia en las áreas de competencia y protección del consumidor. En los últimos años se han multiplicado las quejas de los usuarios y se han iniciado miles de procedimientos judiciales. No existen mecanismos efectivos para proteger a los usuarios, que deberán soportar las consecuencias

---

<sup>14</sup> En 1998 el presidente de CIMARA (Cámara de la Industria Médico Asistencial de la República Argentina) hace referencia a una población de 2.5 millones y una recaudación anual de 1.350 millones (en la Convención de ADEBA, *El Consultor de Salud*, 197:5, junio de 1998). Cifras proporcionadas por la prensa a raíz del veto presidencial a la aplicación de un IVA del 10,5% a los servicios prestados por estas empresas dan cuenta de un total de afiliados de 3.5 millones, de los cuales solo 2.2 millones resultarían afectados por la aplicación del tributo. La diferencia correspondería a beneficiarios derivados por convenios de las obras sociales (*La Nación*, 24-4-99).

de un endurecimiento de la competencia. Aunque su estructura flexible permitió al sistema funcionar de manera dinámica en las etapas iniciales de creación de los mercados (como entidades marginales en el interior del sistema de atención médica) podría ahora representar un obstáculo para conservar y desarrollar un mercado más integrado, transparente, competitivo y universal<sup>15</sup> (World Bank, 1995a. Anexo K).

Por otra parte, en los últimos años las condiciones económicas internas e internacionales incidieron en la aparición de capitales externos que ingresaron al campo de los servicios privados. Varias de las principales compañías de seguro de enfermedad privado fueron vendidas a empresas norteamericanas, suizas o latinoamericanas. Especial interés han mostrado los grupos financieros que entraron al mercado de las Administradoras de Jubilaciones y Pensiones, más tarde organizaron Administradoras de Riesgos de Trabajo y ahora ponen expectativas en un futuro mercado de seguros de salud a partir de la desregulación de las obras sociales.

No existen normas relativas a exclusiones o cobertura de patologías preexistentes que podrían atenuar la probabilidad de selección de riesgo. Tampoco exigencia de capital mínimo, reservas o reaseguros que supongan una protección de la población cubierta. Todos estos temas son parte del debate asociado con la desregulación de las obras sociales. El proyecto de ley que establecía un marco normativo para esas entidades, colocándolas en jurisdicción de la Superintendencia de Servicios de Salud no ha sido tratado por el Congreso, perdiendo estado parlamentario.

### *Modelos organizativos en el sistema de servicios de salud*

Las transformaciones producidas en los años recientes en el SSS se ordenarán respetando la identificación de subsistemas ya presentada. Con el objeto de sistematizar las relaciones internas a tales subsistemas adoptaré el esquema presentado en la Figura 1, de difusión generalizada en la literatura dedicada a la reforma de la atención médica.

Conforme con las relaciones así graficadas, diferenciaré en el interior de cada uno de los modelos organizativos tres conjuntos de relaciones:

- los vínculos entre financiadores y proveedores de atención,
- entre población y organismos financiadores y
- entre pacientes y proveedores.

---

<sup>15</sup> En su documento de 1995 los funcionarios del Banco Mundial reiteran sus lecciones de regulación: "Las discusiones de la reforma de la regulación para la atención médica prepaga han sido obstaculizadas hasta la fecha por la continua polarización entre las partes interesadas. Se opone Estado a mercado, y regulación a libertad, como si un mercado libre no fuera compatible con regulación eficiente para propósitos de desarrollo de mercado. La interferencia de una burocracia extremadamente discrecional no es la sola alternativa, ni la forma inevitable de la intervención por parte del Estado. Todo lo que se requiere es establecer un sistema mínimo con reglas de base dadas que se apliquen específicamente al mercado de atención médica y mecanismos de supervisión que sean transparentes y funcionen tan automáticamente como sea posible" (World Bank, 1995a, p. 105).

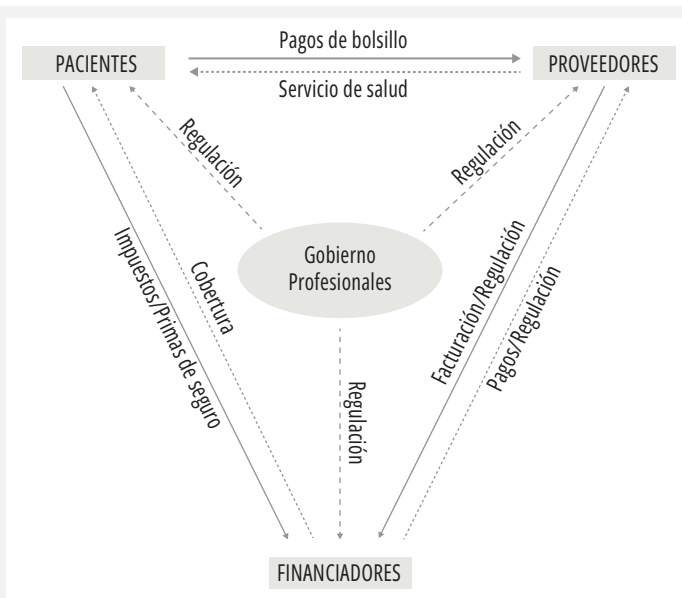


Figura 1. Relaciones internas de servicios de salud.

Finalmente haré referencia a las instancias y modalidades de regulación que operan en los subsistemas analizados.

### *La organización del sistema de servicios entre 1960 y 1990*

Según el esquema clasificatorio adoptado, en este periodo se debe reconocer solamente dos subsistemas, ya que la práctica de seguro privado era incipiente y con características complementarias o supletorias de sistema de seguridad social.

El sistema de servicios estaba formado por un modelo financiado por contribuciones obligatorias de seguridad social con provisión de servicios por contrato, y un modelo público financiado a través del sistema impositivo y con servicios integrados. El primero daba cobertura a un porcentaje cercano al 75% de la población total, compuesto por los trabajadores en relación de dependencia y sus dependientes, y el segundo a alrededor de un 20% de la misma, integrado por personas de bajos recursos, sin cobertura de seguridad social o con cobertura insuficiente. Un porcentaje pequeño pagaba su consumo de atención médica en forma directa y un sector de la población de medianos recursos estaba cubierto por formas de seguro privado, en parte actuando como suplemento de la protección que es ofrecida por la seguridad social.

El subsistema financiado por contribuciones de seguridad social corresponde al modelo que he caracterizado como *obligatorio con provisión de servicios por contrato*. La población estaba asegurada en forma obligatoria en fondos de enfermedad reglamentados: las obras sociales. La mayor parte de las decisiones sobre gasto eran tomadas entre estas y los proveedores, bajo una organización centralizada y formalizada.

Existían alrededor de 370 obras sociales autónomas. Cada una de ellas negociaba con las confederaciones de médicos y otros profesionales de salud para determinar las modalidades de pago a los médicos de atención ambulatoria. Para el caso de los sanatorios privados, las obras sociales negociaban con la Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados la remuneración correspondiente a la atención de pacientes internados y, en algunas provincias, también los atendidos en ambulatorio en instalaciones sanatoriales. Estas negociaciones tenían lugar bajo lineamientos establecidos por la ANSSAL, principal fuente de regulación de las condiciones de provisión de servicios de atención médica.

El subsistema público integrado era financiado a través de fondos específicos de los presupuestos del Estado nacional y los Estados provinciales. Los hospitales y centros de salud recibían los recursos necesarios para su actividad a través de presupuestos elaborados a nivel central. Los montos adjudicados a cada institución se establecían en forma anual, sin consideración de desempeño y en buena medida dependiendo de presiones de tipo político clientelar. La asignación de recursos y la definición de objetivos y prioridades se decidía a nivel central, pero la efectiva gestión de las instituciones solía estar vinculada a las condiciones políticas generadas en el nivel local. En ese ámbito se definen las prioridades políticas y se efectivizan los objetivos asignados a la actividad de las instituciones.

### **Relaciones entre terceros pagadores y proveedores**

La relación entre las obras sociales y los médicos en práctica independiente y los sanatorios estaba altamente formalizada. Los médicos estaban organizados en asociaciones de nivel local y estas, a su vez, en federaciones provinciales y una federación de tercer nivel —la Confederación Médica— en el ámbito nacional. Todos los médicos matriculados tenían derecho a ser admitidos como proveedores de servicios a los beneficiarios de las obras sociales a través de su respectiva asociación. Los contratos eran firmados por las obras sociales a nivel nacional o provincial y las respectivas federaciones y confederación médica. El mismo esquema se aplicaba a las relaciones entre obras sociales y hospitales privados, agrupados también en asociaciones, federaciones y la Confederación Nacional de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados.

Las modalidades de los contratos estaban reguladas por la ANSSAL o su antecesor el INOS. Las pautas contractuales y las formas de pago de los servicios eran establecidas a nivel nacional con carácter uniforme para todo el país. Los montos a pagar por cada servicio resultaban de acuerdos formalizados periódicamente entre

representantes de proveedores y obras sociales, con arbitraje del Estado en caso de conflicto, y se consignaban en el Nomenclador Nacional de Prestaciones. Este listado de procedimientos médicos y sus respectivos aranceles llegó a ser el principal instrumento regulador del modelo de servicios ofrecido, ya que los precios relativos privilegiaron la atención curativa, altamente especializada, y con importante incorporación de tecnología de punta. Los aranceles se establecían sobre la base de una unidad de cuenta, el *galeno*, que se utilizaba para ajustar las remuneraciones a la inflación, o para modificar el valor relativo de las prácticas que procuraba estimular o desalentar.

La modalidad predominante de reembolso a los proveedores era el pago por acto médico. Uno de los supuestos del modelo radicaba en que las asociaciones de profesionales se encargarían de monitorear la calidad y el volumen de servicios de cada médico y, en caso necesario, aplicar medidas de disciplina. Este supuesto no se cumplió y tampoco existió control efectivo de las instituciones financiadoras.

El volumen era decidido fundamentalmente entre los pacientes y los médicos individuales en una situación donde no existía ningún incentivo financiero para economizar. A nivel de los médicos individuales había competencia por volumen de trabajo e ingreso.

También existía relativamente poco control sobre gasto en fármacos. El precio de los medicamentos era establecido en forma unilateral por la industria y la prescripción era decidida por el médico en ausencia de incentivos al ahorro. Solo en los últimos años de vigencia del modelo, la Confederación Médica aceptó y estimuló la utilización de un vademécum de medicamentos, con la intención de promover la toma de conciencia de los profesionales en relación con el costo de los fármacos.

La retribución de los servicios prestados en sanatorios privados se hacía sobre una base de pago por acto médico para el trabajo de los profesionales, valores por día/cama para la internación y los montos establecidos por el Nomenclador, también sobre la base de pago por acto médico, para los diferentes procedimientos con utilización de tecnología. Tampoco existían controles efectivos sobre el volumen de producción.

En ausencia de cualquier control sobre volumen de trabajo y con presencia de modalidades de pago que incentivan la generación de mayor ingreso a partir de la mayor producción de servicios, la posibilidad de contención del gasto de las obras sociales dependía principalmente de copagos por parte de los pacientes. Esto condujo a un incremento en el volumen de servicios y una expansión de las instalaciones privadas que constituyeron uno de los principales determinantes de la crisis financiera del sistema. La articulación de presencia de un tercer pagador y remuneración por servicio condujo también aquí a estrategias de sobreprestación y sobrefacturación por parte de los proveedores individuales.

La relación entre aseguradores y proveedores se rigió por condiciones similares para el sector de seguro privado.

Un escaso número de obras sociales desarrolló sus propios servicios de atención, en este caso el traspaso de fondos se hace por presupuesto y el pago a los profesionales por salario.

En el subsistema público la financiación se realiza también a través de presupuestos globales y los médicos son remunerados por salario. La diferencia de las retribuciones en relación a la práctica en el sector privado es importante. La falta de actualización tecnológica y el descenso general de los recursos disponibles ha ido debilitando también la capacidad de los servicios para atraer recurso humano en etapa de formación.

La supervisión del nivel central se reduce a rendiciones contables, sin intervención de controles que prioricen la eficiencia y la productividad en la performance. Los presupuestos para aplicar a los servicios se reiteran anualmente en torno a un porcentaje más o menos constante de recursos fiscales. La asignación a cada proveedor se realiza sin parámetros que tengan en cuenta la demanda esperada, o bien respondan a un programa de desarrollo predefinido.

### **Relaciones entre pacientes y proveedores**

En el subsistema obligatorio por contrato los pacientes reciben cobertura por servicios fundamentalmente curativos, proporcionados tanto en ambulatorio como internación. Algunas actividades preventivas como control del embarazo y control del niño sano son obligatorias para todas las obras sociales, sin embargo, estas dan cumplimiento a la norma conforme su propia definición de prioridades o disponibilidad de recursos. La vacunación es proporcionada generalmente fuera del subsistema, por las instituciones del subsistema público.

Los pacientes gozaban de libre elección del médico que desearan consultar. Podían elegir indistintamente entre generalistas o especialistas en práctica independiente o establecidas en un servicio ambulatorio en un sanatorio privado, de acuerdo a su propia percepción del problema, sin que existiera una instancia técnica previa de orientación. Los consultorios ambulatorios estaban bien equipados y ofrecían amplio acceso a los servicios diagnósticos y terapéuticos más avanzados.

La diferencia en disponibilidad de recursos y la ineficiencia en su administración afecta el acceso a la atención para los beneficiarios de algunas obras sociales. La situación se expresa en las diferentes tasas de consulta e internación no justificadas por el perfil epidemiológico de la población y que no pueden explicarse por diferentes hábitos de consulta.

Los pacientes realizan copagos para acceder a los servicios. Estos pagos no son uniformes entre obras sociales y en épocas de desequilibrio financiero pueden llegar a ser importantes. Los copagos realizados en el momento de recibir la atención deben, según la reglamentación y los contratos, ser pagados a la respectiva obra social. Sin embargo, a medida que se ampliaba la crisis financiera del sistema, profesionales independientes y sanatorios, disconformes con los aranceles pactados, comenzaron a requerir pagos directos, en algunos casos de importancia significativa, que son efectivizados por el paciente al proveedor o institución proveedora.

Los servicios del subsistema público atienden la demanda de la población indigente. El concepto de indigente médico es relativamente ambiguo. En primer lugar,



se define por exclusión: es considerada indigente la población que no está incorporada al mercado de trabajo formal y por consiguiente carece de cobertura de obras sociales, ya sea directamente o a través de un familiar directo. En segundo término, ha sido tradicionalmente considerado indigente médico aquel individuo que tiene una cobertura social insuficiente, y debe recurrir al sector público para determinadas prácticas de mayor complejidad, o bien no puede efectivizar el gasto de bolsillo requerido en el momento de acceder al servicio.

Las condiciones materiales de vida de la población a cargo inciden en las características de la atención proporcionada. Existen condiciones, consideradas genéricamente como sociales, que influyen sobre la duración y eficacia de los tratamientos prescriptos: las condiciones de vivienda, el posible apoyo familiar, el nivel de nutrición, el nivel de instrucción y los rasgos culturales de la población, constituyen posibles ejemplos.

También tiene consecuencias en la atención brindada la dificultad para circunscribir la población a cargo de los respectivos servicios, impidiendo una orientación sistemática hacia la atención preventiva. Aunque teóricamente la actividad del subsistema público está regulada por planes y programas, en la práctica predomina la atención de la demanda espontánea. No es posible trabajar con criterios de población, ni en la programación de actividades para la captación de necesidades no traducidas en demanda, ni en la evaluación de su propio desempeño. Es imposible medir accesibilidad y la información recogida se limita a la elaboración de indicadores de producción.

### **Relaciones entre población y terceros pagadores**

Como ya se señaló, las obras sociales cubrían en el momento de su mayor expansión a un porcentaje cercano al 75% de la población total, constituido por beneficiarios titulares (la totalidad de la población trabajando en relación de dependencia) y dependientes (su grupo familiar directo). La administración de las obras sociales está a cargo de los sindicatos correspondientes a la respectiva actividad productiva. En el caso de instituciones estatales o empresas del Estado, la administración era compartida por representantes de los sindicatos y del Estado.

La afiliación de los beneficiarios a las obras sociales según el campo de actividad a que pertenecen produce una fragmentación del sistema que debilita la conformación de un adecuado *pool* de riesgo. Sin embargo, tiene la virtud de eliminar la selección de riesgo al garantizar la cobertura de todos los beneficiarios en igualdad de condiciones, cualquiera sea su contribución.

La ley exigía que las obras sociales ofrecieran un conjunto de servicios generales y especializados. Sin embargo, en este como en otros aspectos del sistema la capacidad de imponer reglas y controles uniformes fracasó, y las obras sociales definieron en forma discrecional los servicios cubiertos y los copagos que los beneficiarios debían realizar en el momento de la atención. La fuente de financiamiento estaba constituida por contribuciones relacionadas con el ingreso a cargo de empleados y

empleadores. Los respectivos porcentajes fueron cambiando a lo largo de los años desde un 1% del salario aportado por el empleado y un 2% por parte del empleador hasta llegar a 3 y 6% respectivamente, establecidos por la ley 23.660. Las políticas de reducción de las contribuciones patronales puestas en marcha a partir de 1995 modificaron según regiones y actividades afectadas los porcentajes aplicados a las contribuciones.

La combinación de agrupamiento de beneficiarios por rama de actividad y contribuciones proporcionales a los salarios hizo que la capacidad financiera de la obra social fuera fuertemente dependiente del nivel de salarios y empleo existentes en cada rama de actividad, principales determinantes de la división en obras sociales *ricas y pobres*. Elementos de índole política pueden añadirse para beneficiar a determinadas instituciones a través de recursos especiales y subsidios provenientes del Fondo de Redistribución.

Este Fondo, conformado con un porcentaje del total de contribuciones y administrado por la ANSSAL, fue instituido originariamente como mecanismo de redistribución de recursos entre las obras sociales, con el fin de mejorar la situación financiera de aquellas que contaban con menores recursos por beneficiario. La extrema politización del sistema, sin embargo, convirtió a los subsidios otorgados por la ANSSAL en recursos destinados a cooptar clientelas políticas.

La insuficiencia de la cobertura recibida o la mala calidad o excesiva burocratización de los servicios indujo a un porcentaje minoritario de beneficiarios a obtener alguna cobertura adicional o suplementaria a través de un seguro privado. Esta protección fue provista por un número relativamente importante de aseguradores con y sin fines de lucro, que ofrecían atención con servicios propios o contratados o un *mix* de ambos. El rango de las primas era muy amplio, así como la calidad y extensión de la atención brindada.

En el caso del subsistema público no es posible hablar de relación entre población e instituciones que tienen a su cargo las decisiones sobre asignación de recursos y oferta de servicios. La promoción de formas de *participación popular* tuvo épocas de auge y debilitamiento, pero nunca significó una auténtica posibilidad de control o participación en las decisiones para la población demandante. Asumió múltiples formas, en parte vinculadas con programas de educación para la salud, estrategias de control y seguimiento de programas destinados a población de riesgo (fundamentalmente programas materno-infantiles) y en parte orientadas a la obtención de recursos a través de donaciones y contribuciones de los sectores de mayor ingreso o poder político a nivel local, a cambio de la participación en la administración de los servicios.

### *El modelo actualmente en gestación*

Los subsistemas que actualmente operan en el sistema de servicios de salud coinciden en sus lineamientos generales con los ya analizados para el período 1960-1990. En ese nivel de generalidad, una diferencia a subrayar es el crecimiento significativo

del modelo voluntario de contrato, en particular orientado a cubrir a la población de mayores recursos. Otro cambio de importancia se verifica en la distribución porcentual del gasto total destinado a atención médica entre los tres subsistemas (según los porcentajes estimados para 1980 correspondía un 30,1% del gasto total al subsistema público, un 35,8% a las obras sociales y un 34,1% a gasto de bolsillo; las proporciones estimadas para 1995 son respectivamente 23,6% 34,9% y 41,5%).

Los otros cambios, que por su relevancia apoyan una hipótesis de cambio de modelo, se observan en mayor medida en las relaciones internas a cada subsistema, que trataremos de sintetizar a continuación.

### **Relaciones entre terceros pagadores y proveedores**

Es en este nivel de relaciones donde se han producido los cambios de mayores consecuencias para el subsistema de contrato obligatorio, particularmente por la generación de determinados incentivos en la oferta de servicios.

En función de una presentación ordenada, es conveniente partir de los cambios verificados en las instancias y modalidades de contratación entre financiadoras y proveedores. Luego se sintetizarán las principales modificaciones en las formas de pago de los servicios producidos bajo ese régimen contractual.

Los contratos entre obras sociales y proveedores han dejado de estar centralizados en las organizaciones que representan a estos últimos. La desregulación de la oferta ha tenido consecuencias sobre la totalidad del sistema. En primer lugar, sobre la organización de esa oferta, que se ha visto estimulada a abandonar el paraguas protector proporcionado por el oligopolio conformado por las corporaciones de proveedores. La crisis financiera de las obras sociales estimuló a aquellas instituciones con capacidad de obtener un mejor posicionamiento en el mercado a abandonar los contratos corporativos para insertarse en un mercado algo más abierto. Se conforman las Uniones Transitorias de Empresas (UTEs) o Redes de Prestadores (RP), asociaciones de sanatorios privados a las que en algunos casos se incorporan asociaciones de profesionales independientes, sanatorios de obras sociales y hospitales públicos, que acuerdan condiciones de contratación con determinadas obras sociales. Estos contratos abandonan la forma tradicional de remuneración por pago por acto médico y adoptan modalidades de pago globales (cartera fija o capitación) y en forma todavía marginal, los pagos globalizados o módulos (versión simplificada de la experiencia estadounidense de DRG). Las UTEs o Redes reciben de ese modo periódicamente sumas globales que deben administrar y transformar en honorarios por servicio para remunerar la atención proporcionada por sus miembros.

Este cambio en la modalidad de pago de los contratos tiene consecuencias de importancia para ambos conjuntos de instituciones, ya que la introducción de pago *per cápita* —una suma fija por beneficiario cubierta por la entidad financiadora— produce un traspaso del riesgo económico desde las obras sociales a las redes de proveedores. Las obras sociales adquieren de ese modo mayor previsibilidad sobre el manejo de sus presupuestos; las redes de proveedores se ven obligadas a ejercer

control sobre la producción de sus miembros, desarrollando mecanismos de control de servicios y control de costos, para asegurar la viabilidad del esquema financiero del que ahora son responsables.

Estas nuevas modalidades de contratación favorecieron además la aparición en el mercado de empresas orientadas a la gestión de los nuevos contratos: las Administradoras de Prestaciones (AP). Se trata de empresas que actúan como intermediarias, sin disponer de capacidad instalada, responsabilizándose de la gestión de los recursos volcados en el mercado por las obras sociales bajo la modalidad de *cápit*. Para ello contratan con una o más redes, y se ocupan del control de gestión de los servicios así proporcionados.

La combinación particular de flujos financieros que llegan a las instituciones que representan a la oferta (RP o AP) y se canalizan luego hacia los diferentes servicios bajo la forma de honorario por servicio o DRGs, supone que estas instituciones responsables de la gestión de los contratos deben desalentar entre sus miembros las tendencias a la sobreoferta de servicios o la facturación de procedimientos no realizados.

Debe señalarse además que la introducción de la modalidad capitada se produjo en un mercado en condiciones de sobredimensionamiento de la oferta en relación a la capacidad de pago de la demanda. Esto supone o bien la reducción de la remuneración de cada proveedor en el interior del sistema, o bien la contracción de los recursos en aquellos servicios con menor capacidad de marketing o *lobby*, y expulsión de una parte de la oferta preexistente.

La racionalización así obtenida ha producido un mejor equilibrio financiero en el interior del sistema en una situación todavía inestable. Esta inestabilidad se debe fundamentalmente a las dificultades que todavía tienen las empresas administradoras para controlar la conducta prescriptiva de sus miembros, en presencia de fuertes incentivos a conductas de tipo *freerider* entre aquellos con mayores posibilidades de captación de clientela.

Esta operatoria, que se está generalizando en las obras sociales de régimen nacional, ha sido adoptada también por las obras sociales provinciales con un número importante de beneficiarios. Aquellas más pequeñas, correspondientes en general a las provincias menos desarrolladas, reciben en promedio menos recursos *per cápita*, sufren inestabilidad en el pago de contribuciones y aportes por los Estados provinciales —que en este caso actúan como empleadores— no han introducido formas de pago que permitan transferir el riesgo a los proveedores, registran niveles importantes de sobrefacturación y sobreprestación, en algunos casos tiene excesivos gastos administrativos y controlan el gasto a partir de *tickets* moderadores y colocando barreras al acceso.

También merece alguna atención la estrategia del sector privado de inversión en innovación tecnológica que se expresa en la aceleración del ritmo de incorporación de capital a partir de 1991. La estabilidad de precios alcanzada a partir del plan de convertibilidad y el estímulo a la competencia entre proveedores generado por la desregulación de la oferta pueden ofrecer una explicación de esta tendencia que, sin embargo, resulta aparentemente contradictoria en un escenario de sobredimensionamiento de la oferta y contracción del gasto.

Algunos analistas consideran que la apertura de la economía permitió un acercamiento de la frontera tecnológica con la correspondiente a los países desarrollados, y la inversión en alta complejidad representa precisamente una estrategia defensiva del proveedor ante la saturación del mercado. La estrategia de diferenciación de producto que busca recomponer la tasa de retorno toma la forma de nuevo equipamiento (Tafani, 1996).

Las empresas a cargo del modelo voluntario con provisión de servicios por contrato siguen retribuyendo los servicios provistos por redes de prestadores o por instituciones propias bajo la modalidad de pago por acto médico. La viabilidad de tal sistema de remuneración está en parte asegurada por el mayor promedio de recursos por beneficiario controlado por esta modalidad de cobertura en relación a las obras sociales. En la Capital Federal, algunas de estas empresas fueron las primeras en introducir la experiencia del médico de familia operando como *gatekeeper*.

En el subsistema público integrado las principales diferencias en la relación entre financiación y provisión de servicios se expresan en la organización de hospitales de autogestión, orientados a la generación de recursos propios, de libre administración para cada institución, que se destinan a mejorar las condiciones de estructura o a incrementar la remuneración de su personal. En algunas jurisdicciones se ha intentado la introducción de presupuestos prospectivos conforme a demanda esperada.

## Relaciones entre pacientes y proveedores

Para dar cuenta de este conjunto de relaciones es necesario en primer lugar señalar la reducción de la población beneficiaria del sistema, resultante de cambios en el mercado de trabajo, en particular la caída porcentual del número de trabajadores asalariados y la declinación de la importancia numérica de la población empleada en sectores como metalurgia y ferrocarriles.

Por otra parte, el acceso de la población beneficiaria a la atención médica financiada a través de las contribuciones obligatorias a la seguridad social se vio afectada durante los años de crisis financiera por la frecuente cesación de servicios decidida por los proveedores, ante el retraso en el pago de aranceles o el incumplimiento de los acuerdos de regularización de deudas.

Esta situación se ha ido regularizando paulatinamente a partir de las transformaciones del sistema de contratos descriptas en el apartado anterior. En este momento, más allá de conflictos parciales y localizados, la disminución o cesación de servicios solo adquiere características de perturbación grave en la atención de los beneficiarios para el caso de PAMI. Esta obra social, destinada a la atención de jubilados y pensionados, de gran significación en el interior del sistema por la cantidad de beneficiarios a cargo, la importancia de los recursos por beneficiario y, en consecuencia, el monto total de recursos volcado al sistema, por diferentes razones que no es posible analizar aquí, no ha conseguido regularizar su situación y se encuentra en una muy grave situación de desfinanciamiento e ingobernabilidad.

Una consecuencia adicional de las nuevas modalidades de contrato es que los beneficiarios de las otras obras sociales han sufrido la reducción de la muy amplia posibilidad de elección entre profesionales en práctica independiente y sanatorios que gozaban en el modelo anterior. En función de las nuevas relaciones entre financiadoras y proveedores se ha reducido considerablemente la oferta de profesionales y servicios para cada obra social, y sus beneficiarios solo pueden optar entre los servicios integrados a la red de proveedores con la cual la entidad financiera ha formalizado el respectivo contrato. No se ha modificado, sin embargo, la posibilidad de ingresar al sistema por cualquiera de sus niveles, optando libremente entre médicos generales o especialistas, tanto en práctica independiente como integrados en instituciones más complejas, ni se ha regulado o introducido límites a la libertad de prescripción de los profesionales. El control del gasto en medicamentos toma fundamentalmente la forma de copagos y el relativo a procedimientos se ejerce a través de auditoría. La introducción de *gatekeepers*, puesta en marcha muy recientemente con el objeto de racionalizar el consumo y reducir costos, tiene una presencia mínima en la totalidad del sistema.

Es muy probable que los cambios ya mencionados en las relaciones contractuales entre financiadoras y proveedores de servicios tengan como consecuencia secundaria una mayor estratificación en la población beneficiaria. Esto se debe a que la política de gestión de los contratos ha debido hacerse más cuidadosa en relación al gasto, y los incentivos han dejado de estimular la sobreprovisión de servicios o la sobrefacturación. Además, el brusco descenso de los niveles de inflación impide licuar las deudas de las entidades financieras respecto a los proveedores por el simple recurso de atrasar su pago.

Como ya señalamos, una fracción de las obras sociales provinciales han continuado con el sistema de libre elección y pago por acto médico, pese a la verificación de la existencia de prácticas de sobreprestación. La política de contención del gasto se orienta fundamentalmente hacia la existencia de copagos, que oscilan entre el 20 y el 30% del valor aplicado al respectivo procedimiento, y la aplicación de trabas burocráticas que desalientan el consumo.

La población cubierta por el subsistema de seguro privado a partir de la modalidad de medicina prepaga tiene acceso a un conjunto relativamente sofisticado de servicios que en los últimos años han incorporado los principales adelantos técnicos en materia de diagnóstico y tratamiento, probablemente a niveles muy superiores de las necesidades de atención de la población a cargo.

Como ya se señaló, un rasgo que ha caracterizado la evolución de la oferta de servicios en los últimos años ha sido la aparición de nuevas modalidades de atención médica: servicios de emergencia, traslado de pacientes, hospital de día, cirugía ambulatoria, vacunación, atención domiciliaria. En términos regionales estas nuevas formas organizativas que reflejan la incorporación de nueva tecnología en la atención ambulatoria se concentran en el área metropolitana y las ciudades más importantes del interior.

La mayor estratificación de la población beneficiaria del sistema y las mayores trabas que sus sectores más débiles encuentran para acceder a la atención médica

que demandan, se expresa también en el creciente número de beneficiarios de obras sociales que requieren atención en el subsistema público.

En este subsistema los únicos cambios a registrar, salvo el crecimiento de la población atendida que se expresa en el aumento del número de altas y consultas producidas, se vinculan a la mayor importancia otorgada a los servicios ambulatorios correspondientes al primer nivel de atención, y algunos programas focalizados orientados a cubrir grupos de riesgo. En el caso de la atención de primer nivel, el cambio se manifiesta en el aumento del número de servicios sin internación ya mencionado. Los programas focalizados forman parte de proyectos financiados por el Banco Mundial, siendo el más importante a nivel nacional el PROMIN, Programa Materno Infantil, o surgen de inquietudes locales y/o nacionales cuya gestión se ubica en el nivel local, como los programas contra el sida o la asistencia alimentaria a familias de escasos recursos.

### **Relaciones entre población y terceros pagadores**

Esta relación está siendo profundamente modificada por una decisión del Estado, fuertemente resistida por una parte de los sindicatos, beneficiarios netos del antiguo sistema. La población con cobertura de seguridad social ha dejado de tener una adscripción predeterminada a la obra social de la correspondiente actividad laboral y puede elegir libremente la institución hacia la cual canalizar sus contribuciones. La estrategia, designada como *desregulación de las obras sociales*, fuertemente respaldada por el Banco Mundial, se puso en marcha a comienzos de 1997. No se han producido traspasos masivos, probablemente por los comprensibles temores de la población ante la falta de información cierta sobre el desempeño de las diferentes obras sociales y las condiciones de su traspaso a cualquiera de ellas. Una campaña de desaliento se puso en marcha en los primeros meses de vigencia de la posibilidad de elección cuando se señaló que los nuevos beneficiarios solo tendrían derecho a la cobertura establecida en el PMO, institución definitivamente oscura en el sistema de obras sociales argentino. El apoyo del Banco Mundial se ha expresado en un crédito destinado a sanear la situación financiera de las entidades que quieran acogerse al Programa PARSOS, financiar el despido del personal administrativo no necesario, y obtener asesoramiento técnico para adecuar los sistemas de información y poner en marcha mecanismos de control de los servicios provistos.

La estrategia de desregulación se basa en primer lugar en la generación de condiciones de competencia que estimulen una mayor eficiencia en el manejo de los recursos por parte de cada obra social. En segundo término, en la expectativa de estimular fusiones entre las obras sociales con menor número de beneficiarios de manera de reducir el número de instituciones y aumentar el número de beneficiarios por institución para obtener un adecuado *pool* de riesgo. El principal obstáculo para la racionalización reside en la enorme dispersión de los montos de contribución por beneficiario. Si la población con menores salarios se vuelca masivamente sobre las



obras sociales con mayores recursos *per cápita* es probable que provoque el colapso de las pocas instituciones con situación financiera equilibrada.

Para enfrentar ese problema se ha dispuesto que la cobertura que cada obra social está obligada a proporcionar a la totalidad de sus beneficiarios se limite a una canasta de servicios integrada en un Programa Médico Obligatorio. El costo del mismo se estima en cuarenta pesos mensuales por beneficiario titular y la ANSSAL garantiza ese piso mínimo de contribución a todos los beneficiarios titulares del sistema. Aquellos que deseen acceder a un nivel de servicios de mayor costo, o tener menores costos por copagos en el momento de recibir atención deberán realizar contribuciones suplementarias.

La política de racionalizar la financiación de la cobertura de atención médica y eliminar los subsidios cruzados entre subsistemas anteriormente existentes, se aplica también a los beneficiarios de las obras sociales que acuden a recibir atención en los servicios del subsistema público. La puesta en marcha de hospitales de autogestión, con capacidad de administrar recursos en forma descentralizada, tiene como uno de sus propósitos la identificación de la población con cobertura que acude a los servicios de atención al indigente, de modo de facilitar el pago de la atención recibida por parte de la respectiva obra social, ART o empresa prepaga. Esta estrategia se ubica además en el interior de una política embrionaria de subsidio a la demanda, que se expresa también en algunas jurisdicciones en programas de cobertura para grupos particulares.

La necesidad de reducir el gasto llevó a una amplia mayoría de las instituciones públicas a establecer aranceles o *bonos voluntarios* entre la población sin cobertura que demanda atención. Tras esa práctica renacieron las *cooperadoras* o *asociaciones de beneficencia*, expresión *aggiornada* de las viejas instituciones de caridad, que tomaron a su cargo la administración de tales recursos. En los casos en que algún hospital instala —con participación del sector privado o con sus propios recursos— alguna tecnología de alto costo que puede ofrecer a las otras instituciones del sector público a precio menor que el vigente en el sector privado, surge una Fundación. Esta toma a cargo la administración de los recursos así recaudados y dirige la política de inversión del hospital que aplica la innovación.

La posibilidad abierta para el futuro a las empresas prepagas de recibir beneficiarios bajo esquemas de contribuciones obligatorias de seguridad social ha colocado en la agenda política la necesidad de establecer un marco regulatorio para estas instituciones, que hasta el momento se rigieron por la lógica de la libertad de empresa en el sector privado. Los respectivos proyectos no han logrado aprobación parlamentaria.

## Regulación del sistema de servicios

Como ya se ha señalado, la conformación del sistema de servicios de salud en Argentina ha estado caracterizada por una muy débil presencia de la actividad reguladora del Estado.

Conforme a la Constitución Nacional dictada en 1853, la jurisdicción sobre las actividades de atención médica correspondía a los gobiernos provinciales. A medida que las instituciones representativas de la profesión médica ingresaron en un proceso de organización y fortalecimiento en la tercera década del siglo XX, las provincias fueron paulatinamente delegando en las corporaciones profesionales aspectos regulatorios como el otorgamiento de la matrícula, la certificación de especialidades, la autorización para la instalación de servicios privados y, más tarde, de las empresas de medicina prepaga. Las escuelas médicas también se desarrollaron bajo el control del sector profesional académico, en parte en virtud de la autonomía universitaria sancionada por el proceso de Reforma de 1918. Algo semejante sucedió en las instituciones públicas de salud, ubicadas bajo jurisdicción nacional, provincial o municipal. Aquí, la regulación estuvo en manos de funcionarios estatales y podría considerarse de tipo tecnoburocrático, sin embargo, los médicos tuvieron también preponderancia en la toma de decisiones y, en tanto funcionarios del Estado, defendieron el supuesto superior conocimiento de los profesionales en la regulación de los aspectos vinculados a normatización, definición de prioridades, organización de servicios, control de su práctica.

La profesión médica conformó, por lo tanto, en forma relativamente temprana una situación de autonomía en relación al Estado, que delegó en ella la potestad reguladora de la formación, matriculación, especialización y práctica de los profesionales, conforme al modelo predominante en los países anglosajones.

Cuando se desarrolló la seguridad social médica, la profesión perdió parte de esa autonomía en la regulación y control de su ejercicio, en particular en lo relacionado con condiciones de trabajo y remuneración, ya que las instituciones financieras quedaron bajo la administración de los sindicatos, con o sin participación de los funcionarios del Estado. En paralelo los profesionales independientes se organizaron en asociaciones que nucleaban a cada una de las profesiones con presencia en los servicios, mientras las empresas propietarias de hospitales privados conformaban su propia organización. En las décadas de 1950 y 1960 estas asociaciones de carácter corporativo desarrollaron una importante capacidad de defensa de los intereses profesionales a través del control de las contrataciones para la prestación de servicios a los beneficiarios de obras sociales, llegando a conformar un oligopolio de oferta.

Cuando en 1970 el Estado intentó asumir el control de la seguridad social médica, generalizando la cobertura de obras sociales a toda la población en relación de dependencia, las corporaciones profesionales se vieron obligadas a aceptar una instancia de concertación, radicada en el Instituto Nacional de Obras Sociales, agencia estatal encargada de la normatización y control del sistema, en la que tenía peso decisivo la presencia de la Confederación General del Trabajo.

Aun en esa instancia, que expresa la vocación de un sector del aparato estatal de implantar orden en el interior del sistema, la presencia ordenadora de los funcionarios del Estado siguió siendo débil y la negociación entre corporaciones profesionales y corporación sindical se centró fundamentalmente en la regulación de los honorarios y aranceles profesionales.

Las corporaciones profesionales aplicaron a esa nueva relación institucionalizada con las obras sociales todo el *know how* vinculado a la administración de los contratos, desarrollado en la etapa previa de vigencia de un esquema de libre contratación. Las pautas contractuales, las modalidades y plazos de remuneración de los servicios prestados, la especificación de los procedimientos registrados en el Nomenclador de Prestaciones y sus precios relativos, fueron establecidas por profesionales que se desempeñaban como asesores de las corporaciones profesionales. La profesión logró también imponer los principios que defendía como fundamentos ético-técnicos de su eficacia en el desempeño de un rol social fundamental: libertad de elección del médico por el paciente, libertad de prescripción, remuneración por servicio, derecho exclusivo de las organizaciones profesionales al control de las condiciones éticas y técnico científicas de la práctica de sus miembros.

Si se consideran los aspectos regulatorios de la organización de servicios, por consiguiente, puede señalarse como característica del modelo vigente entre las décadas de 1970 y 1980, el dominio de la profesión médica en prácticamente todos los niveles de actividad: las normas generales elaboradas por el Estado para hacer frente a las necesidades de salud/enfermedad de la población, la organización de servicios de todo tipo, la formación del personal médico y paramédico, sus formas de contratación, condiciones de trabajo y remuneración. Solamente el monto de las remuneraciones y su indexación en condiciones de inflación sostenida debieron ser consensuadas en el espacio de concertación ubicado en el INOS/ANSSAL. La falta de acuerdo determinó que en la mayoría de las oportunidades fueran determinados por los funcionarios del Estado.

Por otra parte, el ámbito particular específico de trabajo, ubicado en el consultorio, quirófano o sala de internación —donde el profesional entabla una relación con su paciente a la que se otorga condiciones particulares de privacidad— el diagnóstico de las necesidades y la decisión en torno a los recursos necesarios para resolverlas, los contenidos de la prescripción y las modalidades de seguimiento, no estuvieron sometidos a ningún tipo de regulación o control directos. Las normas fundadas en un particular conocimiento científico se suponen incorporadas por el profesional en su etapa de formación y *necesariamente* excluidas de supervisión, no en virtud de derechos intrínsecos a la condición profesional, sino como única garantía de eficacia del vínculo terapéutico así constituido. Aquí no se trata ya de la profesión organizada en asociaciones representativas que regulan y supervisan el conjunto de la práctica de sus miembros, sino de cada uno de ellos aplicando juicios particulares a situaciones complejas en una relación personal y privada con el paciente, cuya eficacia —se alega— puede ser perturbada por intromisiones no autorizadas por el mismo profesional.

Otra área pasible de ser sometida a regulación y control, estrechamente asociada con la libertad de prescripción asumida por los profesionales, es la gestión de los contratos a nivel macro, en función de alguna norma o indicador de producción que proporcione información sobre el equilibrio existente entre necesidades, demanda y producción de servicios. Esa función, que podía haber sido tomada a cargo tanto por las corporaciones que representaban a la oferta en la formulación de los contratos como

por las obras sociales, responsables ante sus beneficiarios de la administración de los recursos a su cargo, o incluso por el Estado, como responsable en última instancia de la operatoria del sistema de servicios, no se efectivizó a ninguno de sus niveles.

El control de la profesión como instancia colectiva de las condiciones de su trabajo y de la organización de los servicios donde desarrollaba su práctica, se fue paulatinamente debilitando en función de un proceso de especialización creciente y el surgimiento de conflictos en áreas específicas de actividad.

La delimitación de roles, ocasionalmente desempeñados por el mismo profesional, condujo progresivamente a la configuración de intereses específicos o miradas particulares sobre cuestiones vinculadas a las condiciones y modalidades de ejercicio.

La literatura especializada suele diferenciar campos particulares y potencialmente conflictivos de interés profesional: el ámbito académico, el correspondiente a la administración de servicios y el espacio específico de ejercicio. En el caso argentino, esa diferenciación se fue produciendo en forma paulatina y relativamente pacífica a medida que el sistema de servicios crecía y se diversificaba. Por otra parte, la lucha por el control de las contrataciones de la seguridad social provocó la delimitación de dos áreas de interés potencialmente conflictivas, controladas por dos poderosas confederaciones, que representan a profesionales independientes y hospitales privados. Esa rivalidad, relativamente contenida en los años de estabilidad financiera, se convirtió en pugna distributiva en el momento de contracción de los recursos. Sin embargo, esa pugna no se expresó como conflicto entre corporaciones, sino en la preocupación cotidiana de cada proveedor individual por evitar la reducción de los recursos que constituían su porción habitual en el mercado de demanda.

El escenario cambió con la desregulación de la oferta. Nuestra hipótesis de trabajo es precisamente que el cambio en las relaciones internas al sistema de servicios de salud supuso un cambio en las instancias y modalidades de regulación.

En primer lugar, desaparece la instancia de regulación centralizada con la reducción de las funciones y peso político de la ANSSAL y la desaparición del oligopolio de oferta en manos de las corporaciones. La libertad de precios y formas de pago, propia de los nuevos contratos, restó valor regulatorio al Nomenclador de Prestaciones; sus valores permanecen como meros indicadores en las nuevas pautas establecidas para la remuneración de consultas y procedimientos.

La nueva instancia dominante de regulación del sistema se ha ubicado a nivel meso, en las pautas que gobiernan los nuevos contratos. En función de la libertad de contratación imperante, se ha añadido una nueva forma de regulación a las propias del modelo anterior, la generada por la operatoria de mercado, antes existente, pero con escaso peso. Financiadores y proveedores de servicios pactan libremente valores de cápitas, listados de profesionales y servicios integrados en el contrato, y procedimientos cubiertos. Si bien es cierto que se trata de un mercado poco transparente en función de la continuidad del oligopsonio de demanda por la concentración de los beneficiarios de las obras sociales en un número reducido de entidades, y el limitado número de redes o UTEs representando la oferta en cada localidad, rige absoluta libertad para establecer o rescindir tales contratos. Y no hay ninguna entidad superior a los mismos contratantes que tome a su cargo el control de los

acuerdos así alcanzados. Ante la falencia o retroceso voluntario del Estado no han surgido organizaciones de consumidores o de beneficiarios de obras sociales que puedan asumir la defensa del interés público comprometido en el sistema.

También se ha debilitado o por lo menos ingresado en una zona de intereses en conflicto, la anterior regulación profesional en la organización y gestión de los servicios. Si bien en el anterior modelo los profesionales en rol de dirección técnica tenían que compatibilizar puntos de vista con los administradores, la dirección de cada institución era soberana en su espacio de trabajo y tomaba decisiones en función exclusiva de la generación de beneficios para el conjunto. Los contratos de riesgo retribuidos a través de cápitás, conformando un monto preestablecido que debe luego aplicarse prospectivamente a los servicios efectivamente provistos, según honorarios por servicio o módulos, han transformado esa lógica. El interés de cada proveedor individualmente considerado por maximizar su producción de servicios es conflictivo para la rentabilidad del conjunto, que debe velar por que los servicios efectivamente producidos no superen el monto disponible para remunerarlos.

La transferencia del riesgo económico desde las instituciones financiadoras a las proveedoras de servicios en función del pago per cápita identifica una nueva función reguladora ubicada en la conducción de la red o en la empresa administradora de prestaciones. Surge así una nueva camada de administradores, que pueden ser o no profesionales médicos, cuya función es defender intereses parcialmente conflictivos con los identificados por los miembros individuales de la red. La nueva lógica de financiación no permite la perduración de conductas de sobreprestación o sobrefacturación. El control de los servicios producidos se torna un instrumento indispensable para garantizar la rentabilidad del conjunto.

Aquí el interés empresario en administrar la oferta de modo que no supere la capacidad efectiva de pago de la demanda se enfrenta con la tradicionalmente aceptada autonomía del profesional en las decisiones relativas al vínculo médico/paciente. La tendencia propia de la remuneración a través de honorario por servicio en presencia de tercer pagador que en el modelo anterior favorecía conductas orientadas a mantener o incrementar el ingreso de cada proveedor individual a través de sobreprestación o sobrefacturación debe ser desalentada por los administradores, en función de la racionalidad inherente al contrato capitado. La libertad de prescripción es contraproducente para esa racionalidad, los intentos de control *ex ante*, en función de autorización de prácticas, no se han mostrado eficaces; el control *ex post*, a través de técnicas estadísticas, no siempre permiten la identificación de los responsables de la desviación de la norma. Las conductas de tipo *freerider* ponen en peligro la perdurabilidad del nuevo modelo.

## Resultados de la reforma

### *Las (evidentes) diferencias entre lo proyectado y lo logrado*

No voy a sintetizar aquí las diferencias entre lo proyectado y lo alcanzado. Me interesa más intentar puntualizar las razones de esa brecha. Además de los déficits de regulación, que ya he señalado, parece conveniente apuntar la forma particular en que se establece la competencia, en el espíritu de los reformadores, ingrediente estratégico con capacidad de afianzar nuevas reglas de juego para el sistema.

La pregunta en este caso, si queremos utilizar la alegoría del juego, es: ¿dónde está el árbitro?

Un primer árbitro de la calidad y costo del sistema hubiera sido, en teoría, el beneficiario al que se dotaba de libertad para elegir la entidad a la que confiaría la administración de sus aportes. Sin embargo, hubo demoras en la implementación de la libre elección, y cuando finalmente se puso en marcha no estuvo acompañada por información que permitiera una opción consciente de los posibles beneficios y riesgos a enfrentar. No solo el beneficiario no dispuso de información suficiente sobre la cobertura efectiva brindada por las diferentes obras sociales, sufrió además el bombardeo de una campaña dirigida a lograr su desaliento a partir de advertirle que en la nueva obra social por la que optara solo tendría derecho a recibir el Programa Médico Obligatorio.

Un segundo evaluador posible, en este caso de las condiciones de competencia en la oferta de servicios, serían las obras sociales o entidades de seguro ejerciendo su función de compradoras.

Si la lógica del sistema hubiera seguido la orientación de eficiencia empresarial que buscaron introducir sus reformadores, las obras sociales habrían desarrollado sistemas de seguimiento y evaluación de sus contratos con los proveedores directos. Habrían sido estimuladas a hacerlo, ya que de eso dependería el mantenimiento y captación de un número importante de beneficiarios. Dispondrían de Información sobre estándares de utilización de servicios en función de tales contratos, seguramente habrían llegado a establecer algún sistema de costos y realizarían evaluaciones periódicas sobre satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

Nada de esto ha sucedido, ya que los contratos entre obras sociales y proveedores no se establecen en función de consideraciones de calidad y precio de los servicios ofrecidos. La competencia por tales contratos, que siguen siendo fuente sustancial de trabajo para médicos, clínicas y hospitales privados, se estableció sobre otros parámetros, relacionados en general con vínculos entre dirigentes de las diferentes instituciones involucradas, establecidos durante la vigencia del modelo anterior, y basados en diferentes tipos de lealtades. Estamos ante situaciones que en otras latitudes han sido caracterizadas como competencia de *no* precio.

En la construcción de este tipo de relaciones entre financiadores y proveedores tienen seguramente importancia los rasgos particulares del mercado de atención médica. Las operaciones que en él se realizan no son transacciones unitarias y discretas, formalizadas en acuerdo bilateral entre demandantes y oferentes

individualmente considerados. Por el contrario, suponen el establecimiento de relaciones de colaboración y dependencia que vinculan a sus actores a lo largo de períodos relativamente prolongados.

Las relaciones institucionales que ordenan este mercado estimulan por consiguiente una determinada forma de competencia diferente a la que predomina en la compraventa de otros tipos de bienes y servicios. También operan como una instancia de regulación del sistema así conformado, generando y reproduciendo sus propias reglas de juego, en forma complementaria a la propia del Estado o la que corresponde a las organizaciones profesionales.

Un segundo interrogante posible, complementario del primero, es: ¿qué instancias alternativas de regulación del sistema de servicios se constituyeron a partir de la política de desregulación, cuando esta debilitó las reglas de juego propias del *pacto corporativo*?

El principal desafío para el análisis de la reforma radica, si se adopta esta línea argumental, en recuperar la nueva articulación de instancias y mecanismos de regulación del sistema. Al respecto podrían diseñarse algunas hipótesis de trabajo:

- Se verificaría en primer lugar un desplazamiento parcial del *locus* de regulación desde el nivel macro hacia niveles inferiores, meso y micro;
- Se habría producido un debilitamiento de la regulación corporativa: las corporaciones profesionales habrían dejado de tener peso en las decisiones del ANSSAL, mientras la CGT conservaría en parte su ascendencia a través de influencias directas e indirectas.
- Sería posible constatar un fortalecimiento paralelo de la regulación resultante de la negociación entre nuevos y viejos actores con presencia en el sector; en esta instancia sería necesario determinar el peso relativo de las alianzas y vínculos clientelares frente a las estructuras de mercado, como inductores de decisiones empresarias.
- Se conservaría una cuota significativa de autorregulación profesional expresada en el control de la relación médico-paciente y la resistencia a abdicar la autonomía asociada con la libertad de prescripción;
- Subsistiría la irregular y poco efectiva capacidad reguladora de la autoridad estatal, debilitada por la fragmentación de sus aparatos y el escaso poder arbitral de gobierno sobre los intereses particulares de sus diferentes clientelas;
- Continuaría siendo prácticamente inexistente la instancia democrática de regulación a partir de la participación ciudadana, que en otros países se expresa a través de organizaciones de consumidores o utilizando la instancia mediadora de los partidos políticos y la actividad parlamentaria.

La articulación de estas diferentes instancias de regulación operando a nivel meso y micro en un sistema fragmentado han tenido como consecuencia el crecimiento de la heterogeneidad preexistente. Esta heterogeneidad, al igual que en el modelo anterior, significa una deficiente asignación de los recursos disponibles y la ampliación de las diferencias en el acceso a la atención médica entre sectores de



beneficiarios. Los objetivos conducentes a igualar la situación de los beneficiarios en la base del sistema, proteger a la población de menores recursos, dejar librada a la decisión individual la contratación de diferentes planes de seguro y estimular la reducción de los costos e incremento de la eficiencia asignativa y productiva a partir de la competencia entre sus agentes no han sido alcanzados.

El sistema de servicios de atención médica no actúa por consiguiente como uno de los mecanismos de compensación de las desigualdades producidas a nivel del aparato productivo y la distribución del ingreso. La estratificación que se opera en su interior configura un mecanismo más de exclusión, consecuencia a la vez de la crisis financiera del sistema y de las estrategias puestas en marcha para superarla.

La política de limitar las funciones del Estado y confiar en las reglas del mercado para desalentar estrategias individuales y corporativas que obstaculizaban el cumplimiento de los objetivos sociales asignados al sistema también se ha mostrado impotente. Y esta impotencia radica fundamentalmente en la insuficiencia de la actividad ordenadora que ha permanecido en manos del aparato estatal. La dinámica interna al sistema de servicios de atención médica no ha logrado desprenderse, pese a la magnitud y la trascendencia de los cambios sufridos, de su vinculación con fuerzas que se originan en la conflictividad sociopolítica de nivel macro.



## Bibliografía

- Abbott, A. (1989). The New Occupational Structure. What are the Questions? *Work and Occupations*, v.16, n. 3, pp. 273-291.
- Aglietta, M. (1976). *Regulación y crisis del capitalismo*. México: Siglo XXI.
- Akehurst, R.; Ferguson, B. (1996). The Purchasing Authority. En: Dummond, M. F.; Maynar, A. (eds.), *The Purchasing Authority*, pp. 129-144.
- Alford, R. (1975). *Health Care Politics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Angell, M. (1992). The Presidential Candidates and Health Care Reform. *The New England Journal of Medicine*, v. 327, n. 11, pp. 800-811.
- Anlyan, W. G.; Cohn, V. (1980). Can the Private Sector Lead the Evolution of Medicine in the 1980's? *The New England Journal of Medicine*, v. 303, n. 1, pp. 57-59.
- ANSSAL-CGT (1995). *Proyecto de decreto de obras sociales*. Buenos Aires: Mimeo.
- Banks, D. A. (1997). Transaction Costs Economics and its Applications to Health Services Research. *Health Services Research & Policy*, 14, pp. 250-253.
- Banta, H. D.; Kemp, K. B. (eds.) (1980). The Implications of Cost-Effectiveness Analysis of Medical Technology. Background Paper # 4. *The Management of Health Care Technology in Ten Countries*. Washington DC: Office of Technology Assessment, U.S. Congress.
- Barber, B. (1963). *Some Problems in the Sociology of the Professions*. Daedalus.
- Beccaria, L. (1992). Reestructuración, empleos y salarios en la Argentina. *Estudios del Trabajo*, n. 3, pp. 3-56.
- Beccaria, L.; López, N. (1994). Reconversión productiva y empleo en Argentina. *Estudios del Trabajo*, n. 7, pp. 67-90.
- Belmartino, S.; Bloch, C. (1988). Aportes para la discusión del sistema de obras sociales. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 44, pp. 3-36.
- Belmartino, S. (1995). Transformaciones internas al sector salud: La ruptura del pacto corporativo. *Desarrollo Económico*, v. 35, n. 137, pp. 83-103.
- Belmartino, S. (1996a). Servicios de salud, solidaridad y mercado: Apuntes sobre el caso argentino. *Estudios Sociales*, v.10, n.1, pp. 53-74.
- Belmartino, S. (1996b). *Argentina: nuevas modalidades y espacios de regulación en la seguridad social médica*. [Ponencia]. Jornadas "Estado y Sociedad, las nuevas reglas de juego". Buenos Aires: Centro de Estudios Avanzados. Susana Belmartino (UBA).
- Belmartino, S.; Bloch, C. (1998). Desregulación/Privatización: La relación entre financiación y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 73, pp. 61-80.
- Benedicto, J.; Reinares, F. (1992). Las transformaciones de lo político. En: Benedicto, J.; Reinares, F. (eds.), *Las transformaciones de lo político*, Madrid, Alianza, pp. 9-34.
- Berlinguer, G.; Fleury, S.; Campos, G. (1988). *Reforma Sanitaria: Italia e Brasil*. San Pablo: Hucitec/CEBES.
- Blumberg, M. (1986). Risk Adjusting Health Care Outcomes: A Methodologic Review. *Medical Care Review*, v. 34, n. 2, pp. 351-396.
- Blumberg, M. (1988). Measuring Surgical Quality in Maryland: A Model. *Health Affairs*, v. 7, n. 1,

pp. 62-78.

- Bobadilla, J. L.; Cowley, P. (1995). Designing and Implementing Packages of Essential Health Services. *Journal of International Development*, v. 7, n. 3, pp. 543-554.
- Bodenheimer, T. S.; Grumbach, K. (1995). *Understanding Health Policy. A Clinical Approach*. Stanford, Connecticut: Apleton & Lange.
- Boyer, R. (1989). *La teoría de la regulación: un análisis crítico*. Buenos Aires: SECYT/CONICET/ Humanitas.
- Bresser Pereira, L. C. (1998). La reforma del Estado en los años noventa. Lógica y mecanismos de control. *Desarrollo Económico*, v. 38, n. 150, pp. 517-550.
- Burns, L. R. (1997). Physician Practice Management Companies. *Health Care Management Review*, v. 22, n. 4, pp. 32-46.
- Burns, L.R.; Morrisey, M. A.; Alexander, J. A.; Johnson, V. (1998). Managed Care and Processes to Integrate Physicians /Hospitals. *Health Care Management Review*, v. 23, n. 4, pp. 70-80.
- Burridge, M. (1990). Introduction: The Professions in Sociology and History. En: Burridge, M.; Torstendahl, R. (comp.). *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*. Londres: Sage, pp. 3-23.
- Burridge, J.; Jarusch, K.; Siegrist, H. (1990). An Actor-Bases Framework for the Study or the Professions. En: Burridge, M., Torstendahl, R. (comp.), *op. cit.*, pp. 24-43.
- Certángolo, O.; Damill, M.; Miz, J.; Lerner, L. (1992). *Desregulación y salud. Un análisis de la reforma de la seguridad social*. Buenos Aires: Mimeo.
- Clement, D. G.; Retchin, S. M.; Brown, R. S.; Stegall, M. B. H. (1994). Access and Outcomes of Elderly Patients Enrolled in Managed Care. *JAMA*, v.272, n. 4, pp. 1487-1492.
- Coase, R. H. (1934). The Nature of the Firm. *Económica, N.S.*, v. 4, pp. 396-405.
- Coburn, D.; Torrance, G. M.; Kaufert, J. (1983). Medical Dominance in Canada in Historical Perspective: The Rise and Fall of Medicine? *International Journal of Health Services*, v.13, n. 3, pp. 407-432.
- Collins, R. (1990). Market Closure and the Conflict Theory of the Professions. En: Burridge, M.; Torstendahl, R. (comp.), *op. cit.*, pp. 24-43.
- Conrad, P.; Schneider, J. (1985). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Columbus, Ohio: Bella & Howell Company.
- Contandriopoulos, A. P.; De Pourvoirville, G. (1991). *Entre constructivisme et libéralisme: la recherche d'une troisième voie*. Montreal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montreal, Faculté de Médecine.
- Coriat, B. (1979). *L'atelier et le chronomètre*. Paris: Christian Bourgois.
- Coriat, B. (1990). *L'atelier et le robot. Essai sur le fordisme et la production de masse à l'âge de l'électronique*. Paris: Christian Bourgois.
- Coriat, B. (1991). *Penser à l'envers. Travail et organization dans l'entreprise japonaise*. Paris: Christian Bourgois.
- Coriat, B.; Weinstein, O. (1995). *Les nouvelles théories de l'entrepritise*. Paris: Librairie Général Française.
- Creese, A. L. (1993). *Public and Private Mix and Competence in Health Care Systems*. Ginebra. World Health Organization, Division of Strengthening of Health Services. Mimeo.
- Crouch, C. (1978). Inflation and the Political Organization of Economic Interests. En: Hirsch F.; Goldthorpe J. (eds.) *The Political Economy of Inflation*. Cambridge: Harvard University Press.

- Culyer, A. J. (1989). Incentives: For What? For Whom? What Kind? En: López-Casanovas, G. (ed.) *Incentives in Health Systems*. Health Systems Research, First European Conference on Health Economics, Barcelona, pp. 15-22.
- Chassin, M. R. et al. (1986). Variations in the Use of Medical and Surgical Services by the Medicare Population. *The New England Journal of Medicine*, v. 314, n. 5, pp. 285-290.
- Darbon, S.; Lerourny, A. (1983). La micro-économie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néo-classique? *Sciences Sociales et Santé*, n. 2, pp. 31- 78.
- Davies, A.; Wafe, J. (1983). *GHAAs Consumer Satisfaction Survey*, Washington DC: Group Health Association of America.
- De Sousa Santos, B. (1996). *Pela Mao de Alice. O social e o politico na posmodernidade*. San Pablo: Cortez Editora.
- Dummond, M. F.; Maynar, A. (eds.) (1996). *Purchasing and Providing CostEffective Health Care*. Cambridge: Churchill Livingston, Ed. University Press.
- Egdahl, R. H.; Taft, C. H. (1986). Financial Incentives to Physicians. *The New England Journal of Medicine*, v. 315, n. 1, pp. 59-61.
- Eggers, P. (1980). Risk Differential Between Medicare Beneficiaries Enrolled and not Enrolled in an HMO. *Health Care Financing Review*, v. 1, n. 3, p. 91.
- Ellwood, P. M. (1985). Alternative Delivery Systems: Health Care on the Move. En: Goldsmith, S. B. (ed.) (1995). *Managed Care*. Maryland, Aspen Publishers Inc, pp. 49-51.
- Ellwood, P. M. (1988). Shattuck Lecture-Outcomes Management: A Tecnology of Patient Experience. *The New England Journal of Medicine*, v. 318, pp. 1549-1556.
- Enthoven, A. C. (1978). Consumer Choice Health Plan (Second of Two Parts). A National-Health-Insurance Proposal Based on Regulated Competition in the Private Sector. *The New England Journal of Medicine*, v. 298, n. 13, pp. 709- 720.
- Enthoven, A. C. (1980). The Política Economy of National Health. How Interested Groups have Responded to a Proposal for Economic Competition in Health Services. *The American Economic Review*, v. 70, n. 2, pp. 142-156.
- Enthoven, A. C. (1981a). The Behavior of Health Care Agents. Provider Behavior. En: van der Gaag, J.; Perlman, M. (eds.) *Health, Economics, and Health Economics*, North Holland Publishing Company, pp. 173-188.
- Enthoven, A. C. (1981b). The Competition Strategy. Status and Prospects. *The New England Journal of Medicine*, v. 304, n. 2, pp. 109-112.
- Enthoven, A.C.; Kronick, R. (1989a). A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s. Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy. *The New England Journal of Medicine*, v. 320, n. 1, pp. 29-37.
- Enthoven, A. C.; Kronick, R. (1989b). A Consumer Choice Health Plan for the 1990s. Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy (Second of Two Parts). *The New England Journal of Medicine*, v. 20, n. 2, pp. 94-101.
- Enthoven, A. C. (1990). What can Europeans Learn from Americans? En: *OECD Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency*, OCDE. Paris, pp. 57-86.
- Enthoven, A. (1991). Market Forces and Health Care Costs. *JAMA*, v. 266, n. 19, pp. 2751-2752.
- Enthoven, A. C. (1992). Commentary: Measuring the Candidates on Health Care. *The New England Journal of Medicine*, v. 327, n. 11, pp. 807-809.
- Enthoven, A. C. (1997). The Market-Based Reform of Americas Health Care Financing and Delivery Systema: Managed Care and Managed Competition. En: The World Bank. *Innovations in Health Care Financing*. An International Conference, Washington DC.



- Esping-Andersen, G. (1996). Después de la edad de oro: el futuro del Estado Benefactor en el Nuevo Orden Mundial. *Desarrollo Económico*, v. 36, n. 142, pp. 523-553.
- Etchemendy, S; Palermo, V. (1998). Conflicto y concertación. Gobierno, Congreso y organizaciones de interés en la reforma laboral del primer gobierno de Menem (1989-1995). *Desarrollo Económico*, v. 37, n. 148, pp. 559-590.
- Evans, R. G.; Stoddart, G. L. (1990). Producing Health, Consuming Health Care. *Social Sciences & Medicine*, n. 12, pp. 134 7-1363.
- Evans, R. G. (1981). Incomplete Vertical Integration: The Distinctive Estructure of the Health Care Industry. En: van der Gaag, J.; Perlman, M. (eds.) *Health, Economics, and Health Economics*, North Holland Publishing Company, pp. 329-351.
- Evans, R. G. (1994). Canada: The Real Issues. En: Morone, J.A.; Belkin, G.S. (eds.) *The Politics of Health Care Reform Lessons from the Past, Prospects for the Future*. Durham and London: Duke University Press, pp. 463-486.
- Evans, R. G. (1991). Competitive Mechanism for Collective Objectives. En: Hunter, DJ. *Paradoxes of Competition for Health*. The Nuffield Institute for Health Services Studies. European Health care Management Association, pp. 37-50.
- Feder, J.; Hadley, J.; Zuckerman, S. (1987). How did Medicare's Prospective Payment System Affect Hospitals? *The New England Journal of Medicine*, v. 317, n. 14, pp. 867-873.
- Federa, D.; Camp, T. L. (1994). The Changing Managed Care Market. En: Goldsmith, S. B. (ed.) (1995), *op. cit.*, pp. 3-10.
- Feldman, S. (1991). Tendencias de la sindicalización en Argentina. *Estudios del Trabajo*, n. 2, pp. 79-110.
- Feldstein, P. J.; Wickizer, T.; Wheeler, T. (1988). Private Cost Containment. The Effects of Utilization Review Programs on Health Care Use and Expenditure. *The New England Journal of Medicine*, v. 318, n. 20, pp. 1310-1314.
- FIEL. Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericana, 1991. *El sistema de obras sociales en Argentina, diagnóstico y propuesta*. Buenos Aires, Asociación de Bancos Argentinos: Mimeo.
- Fleury, S. (1995). Reforming Health Care in Latin America: Challenges and Options. En: Fleury, S. (coord.) *Reshaping Health Care in Latin America: a Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico*. Informe de investigación presentado al International Development Research Centre, Canadá. Mimeo.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*. Nueva York: Dodd Mead and Company.
- Freidson, E. (1984). The Changing Nature of Professional Control. *Annual Review of Sociology*, n. 10, pp. 1-20.
- Freidson, E. (1985). The Reorganization of the Medical Profession. *Medical Care Review*, v. 42, n. 1, pp. 11-35.
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1993). How Dominant are the Professions? En: Hafferty, F. W., McKinlay, J. B., (eds.) *op. cit.*, pp. 54-66.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Frenk, J.; Gómez-Dantés, O. (1998). The Future of Managed Care in Mexico. *Informing & Reforming*, n. 6, pp. 10-11.
- Fuchs, V. R.; Kramer, M. J. (1972). *Determinants of Expenditures for Physician's Services in the United States 1948-1968*. National Center for Health Services Research and Development.

- Gabel, J.; Whitmore, H; Bergsten, C; Grimm, L. P. (1997). Growing Diversification in HMOs, 1988-1994. *Medical Care Research and Review*, v. 54, n. 1, pp. 101-117.
- Gerchunov, P.; Torre, J. C. (1996). Argentina: la política de liberalización económica bajo un gobierno de base popular. *Desarrollo Económico*, n. 36, pp. 733-768.
- Gerritse, R.; Vrancken, P. (1989). Provider Behaviour in Health Care: Some Notes on Theory. En: López-Casasnovas G. (ed.). *Incentives in Health Systems*. Health Systems Research, First European Conference on Health Economics, Barcelona, pp. 30-43.
- Ginzberg, E. (1992). Health Care Reform. Where are We and Where Should We Be Going? *The New England Journal of Medicine*, v. 327, n. 18, pp. 1310-1312.
- Giordano, O. (1993). La desregulación y el rol del Estado. *Medicina y Sociedad*, v. 16, n. 4, pp. 2-10.
- Girardi, S. N. (1995). *Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Formas Institucionais e Regulação dos Mercados de Trabalho em Saúde*. Belo Horizonte: Mimeo.
- Girardi, S. N. (1988). *A reforma regulatória do trabalho e das profissões de saúde: A política de recursos humanos que interessa para as reformas setorial e do Estado*. Mimeo, pp. 165-184.
- Gold, M.; Tuchker, A.; Palsbo, S. (1989). The Comparative Database for *Managed Care Systems: An Initiative to Develop Uniformity and Consensus on Data for a Maturing Industry in an Uncertain Environment*. En: Goldsmith, S.B. (ed.) 1995. *op. cit.*, pp. 81-93.
- Goldsmith Seth, B. (ed.) (1995). *Managed Care*. Maryland: Aspen Publishers Inc.
- Gray, B. H.; Mc Nerney, W. J. (1986). For Profit Enterprise in Health Care. The Institute of Medicine Study. *The New England Journal of Medicine*, v. 314, n. 23, pp. 1523-1528.
- Hackey R. B. (1994). Regulatory Regimes and State Health Policy. En: Morone, J.; Belkin, G. (eds.) *op. cit.*, pp. 418-429.
- Hafferty, F. W.; McKinlay, J. B. (1983). *The Changing Medical Profession an International Perspective*. Nueva York & Oxford: Oxford University Press.
- Hafferty, F. W.; McKinlay, J. B. (1993). Conclusion: Cross-Cultural Perspectives on the Dynamics of Medicine as a Profession. En Hafferty, F.W.; McKinlay, J.B. (eds.), *op. cit.*, pp. 210-226.
- Hall, M. A. (1992). Reforming the Health Insurance Market for Small Business. *The New England Journal of Medicine*, v. 326, n. 8, pp. 565-570.
- Haug, M. R. (1988): A Re-Examination of the Hypothesis of Physician Desprofessionalization. *Milbank Quarterly* 66 (Suplemento 2), pp. 48-56.
- Helm, D. (1992). *The Economics Borders of the State*. New York: Oxford University Press.
- Hellander, I.; Mooloo, J.; Himmelstein, D. U.; Woolhandler, S.; Wolfe, S. M. (1995). The Growing Epidemic of Uninsurance: New Data on the Health Insurance Coverage of Americans. *International Journal Health Services*, v. 25, n. 3, pp. 377-392.
- Hillman, A. L.; Pauly, M. V.; Kerstein, J. J. (1989). How do Financial Incentives Affect Physicians Clinical Decisions and the Financial Performance of Health Maintenance Organizations? *The New England Journal of Medicine*, v. 321, n. 2, pp. 86-92.
- Himmelstein, D. U.; Woolhandler, S. (1986). Administrative Waste in the U.S. Health Care. *The New England Journal of Medicine*, v. 314, n. 7, pp. 441-445.
- Hornbrook, M. C.; Berki, S. E. (1985). Practice Mode and Payment Method: Effects on Use, Cost, Quality and Access. *Medical Care*, v. 23, n. 5, pp. 484-511.
- Hurst, J. W. (1990). Commentary. En: Enthoven, A. C. (1990), *op. cit.*, pp. 71-74.
- Hutton, J. (1996). How Providers Should Respond to Purchasers Needs. En: Dummond, M. F.; Maynar, A. (eds.), *op. cit.*, pp. 145-156.



- Iglehart, J. K. (1982). The Future of HMOs. *The New England Journal of Medicine*, v. 307, n. 7, pp. 451-455.
- Iglehart, J. K. 1983. Medicare Begins Prospective Payment of Hospitals. *The New England Journal of Medicine*, v. 308, n. 23, pp. 1428-1432.
- Iglehart, J. K. (1984). Health Policy Report. HMOs (For-Profit and Not-for-Profit) on de Move. *The New England Journal of Medicine*, v. 310, n. 18, pp. 1203-1208.
- Iglehart, J. K. (1986). Early Experience with Prospective Payment of Hospitals. *The New England Journal of Medicine*, v. 314, n. 22, pp. 1460-1464.
- Iglehart, J. K. (1992). The American Health Care System. Managed Care. *The New England Journal of Medicine*, v. 327, n. 10, pp. 743-747.
- Iglehart, J. K. (1994). Health Care Reform. The States. *The New England Journal of Medicine*, v. 330, n. 1, pp. 75-79.
- Iglehart, J. K. (1994). The Struggle Between Managed Care and Fee for Service Practice. *NEJM*, v. 331, n. 1, pp. 63-67.
- Immergut, E. M. (1993). The Rules of the Game. The Logic of Health Policy Making in France, Switzerland and Sweden. En: Steinmo, S.; Thelen, K.; Longstreth, F. (ed.) *Structuring politics. Historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jackson-Beeck, M.; Kleinman, J. K. (1983). Evidence for Self-Selection Among Health Maintenance Organizations Enrollees. *JAMA*, v. 250, n. 20, pp. 2826-2829.
- Jencks, S. F.; Dobson, A. (1985). Strategies for Reforming Medicare's Physician Payments. Physician Diagnosis-Related Groups and Other Approaches. *The New England Journal of Medicine*, v. 312, n. 23, pp. 1492-1499.
- Jennings, M. C.; O'LEARY, S. J. (1994). The Rol of Managed Care in Integrated Delivery Networks. En: Goldsmith, S. B. (ed.) (1995), *op.cit.*, pp.11-20.
- Johnson, T. J. (1972). *Professions and Power*. Londres: The Macmillan Press.
- Jönsson, B.; Musgrove, P. (1997). *Government Financing of Health Care*. Washington: World Bank. Mimeo.
- Katz, J. (1990). Reestructuración industrial, gasto público y equidad social. *Doxa*, v. 1, n. 2, pp. 27-30.
- Klein, R. (1993). National Variations on International Trends. En: Hafferty, F.W., McKinlay, J. B. (eds.), *op. cit.*, pp. 202-209.
- Lange, P; Regini, M. (1987). Regolazione sociale e politiche pubbliche: schemi analitici per lo studio del caso italiano. *Stato e Mercato*, n. 19, pp. 97-121.
- Larkin, G. V. (1993). Continuity in Change. Medical Dominance in the United Kingdom. En: Hafferty, F. W.; McKinlay, J. B. (eds.), *op. cit.*, pp. 81-102.
- Larson, M. S. (1977). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Larson, M. S. (1988). El poder de los expertos. Ciencia y educación de masas como fundamento de una ideología. *Revista de Educación*, n. 285: pp. 151-189.
- Larson, M. S. (1997). *Reflections on Precarious Orders*. Mimeo.
- Le Grand, J.; Bartlett, W. (1994). *Quasi Markets and Social Policy*. London: The Macmillan Press.
- Lerner, L. (1988). Análisis de la estructura de financiamiento y gasto de obras sociales seleccionadas. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 45, pp. 19-32.
- Levinson, D. F. (1987). Toward full Disclosure of Referral Restrictions an Financial Incentives by

- Prepaid Health Plans. *The New England Journal of Medicine*, v. 317, n. 27, pp. 1729-1731.
- Light, D. W. (1993). Countervailing Power: The Changing Character of the Medical Profession in the United States. En: Hafferty, F.W.; McKinlay, J. B.(eds.), *op. cit.*, pp. 69-79.
- Lindblom, C. (1977). *Politics and Markets*. Nueva York: Basic Books.
- Luft, H. S. (1978). How do Health Maintenance Organizations Achieve their "Savings"? Rhetoric and Evidence. *The New England Journal of Medicine*, n. 298, p. 1336.
- McKinlay, J. B.; Arches, J. (1986). Historical Changes in Doctoring. A Reply to Milton Roemer. *International Journal of Health Services*, n. 16, pp. 473-477.
- Midson, D.; Konrad, T. R. (1988). Large Medical Group-Practice Organizations and Employed Physicians: A Relationship in Transition. *The Milbank Quarterly*, n. 66, pp. 240-282.
- Mariner, W. K. (1992). Problems with Employer-Provided Health Insurance. The Employee Retirement Income Security Act and Health Care Reform. *The New England Journal of Medicine*, v. 327, n. 23, pp. 1682-1685.
- Marshall, T. H. (1933). The Recent History of Professionalism in Relation to Social Structure and Social Policy. *Canadian Journal of Economics and Political Science*, v. 5, pp. 325-340.
- Mason, J. M.; Drummond, M. F. (1996). En Drummond, M. F.; Maynard, A. (eds.) *Purchasing and Providing Cost-Effective Health Care*, Cambridge: Churchill Livingstone Ed. University Press, pp. 109-125.
- Maynard, A. (1993). Competition in the UK National Health System: Mission Impossible? *Health Policy*, n. 23, pp. 193-204.
- Maynard, A. (1996a). Future Directions for Health-Care Reform. En: Drummond, M. F.; Maynard, A. (eds.) *Purchasing and Providing Cost-Effective Health Care*, Cambridge: Churchill Livingstone Ed. University Press., pp. 243-254.
- Maynard, A. (1996b). *Health Care Reform. The Role of Health Economics Informing Difficult Choices*. International Seminar on Conceptual and Methodological Issues in Health Economics. Rio de Janeiro: Mimeo.
- Mc Pherson, K.; Wennberg, J.; Hovind, O. B.; Clifford, P. (1982). Small-Area Variations in the Use of Common Surgical Procedures: An International Comparison of New England, England and Norway. *The New England Journal of Medicine*, n. 307, pp. 1310-1314.
- McKinlay, J. B. y Stoeckle, J. D. (1987). Corporatization and the Social Transformation of Doctoring. *International Journal of Health Services*, v. 18, n. 2, pp. 191-205.
- McLaughlin, C. P.; Konrad, T. R., Pathman, D. E. (1997). Maintaining the New Practice Networks. *Health Care Management Review*, v. 22, n. 4, pp. 19-31.
- Medici, A. C. (1998). *Las etapas de la reforma en América Latina*. VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, El futuro de las reformas o la reforma del futuro. Buenos Aires: Asociación de Economía de la Salud, pp. 99-111.
- Medici, A. C.; Lodoño, J. L.; Coelho, O.; Saxenian, H. (1997). Managed Care and Managed Competition in Latin America: Issues and Outlook. En: *The World Bank. Innovations in Health Care Financing, an International Conference*, Washington DC.
- Melia, E. P.; Aucoin, L. M.; Duhal, L. J.; Kurokawa, P. S. (1983). Competition in the Health Care Marketplace. *The New England Journal of Medicine*, v. 308, n. 13, pp. 788- 792.
- Miller, R. H.; Luft, H. S. (1994). Managed Care Plan Performance Since 1980. *JAMA*, v. 271, n. 9, pp. 1512-1519.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1997). *Hospital Público de Autogestión. Marco Conceptual y Estrategias e Instrumentos Operativos*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social.

- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1995). *Globalización, sobreoferta y debilidad regulatoria: El sector salud en tiempos de reforma*. Buenos Aires: Mimeo.
- Moore, S. H.; Martin, D. P.; Richardson, W. C. (1983). Does the Primary Care Gatekeeper Control the Cost of Health Care? Lessons from the SAFECO Experience. *The New England Journal of Medicine*, v. 309, n. 22, pp. 1400-1404.
- Moran, M.; Wood, B. (1993). *States, Regulation and the Medical Profession*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Morone, J. A.; Belkin, G. S. (eds.) (1994). *The Politics of Health Care Reform. Lessons from the Past, Prospects for the Future*. Durham and London: Duke University Press.
- Morone, J. A. (1994). The Bureaucracy Empowered. En: Morone, J.A.; Belkin, G.S. (eds.), *op. cit.*, pp. 148-163.
- Murillo, V. (1997). La adaptación del sindicalismo argentino a las reformas de mercado en la primera presidencia de Menem. *Desarrollo Económico*, v. 37, n. 147, pp. 419-446.
- Musgrove, P. (1996). *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*. Washington: World Bank, Human Development Department. Mimeo.
- Neffa, J. C. (1993). Transformaciones del proceso de trabajo y de la relación salarial en el marco de un nuevo paradigma productivo. *Estudios del Trabajo*, n. 5, pp. 57-82.
- North, D. (1990). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México: F.C.E.
- Nun, J. (1987). *La teoría política y la transición democrática*. En: Nun, J.; Portantiero, J.C. (comps.). *Ensayos sobre la transición democrática en Argentina*. Buenos Aires: Puntosur.
- O'Donnell, G. (1982). *El Estado burocrático autoritario*. Editorial de Belgrano.
- OECD (1992). *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. París: OECD.
- O.P.S./O.M.S. (1991). *The Public Private Mix in National Health Systems and the Role of Ministries of Health. Background Document for Interregional Meeting*. Hacienda Cocoyoc, Morelos, México.
- Ouchi, B. G. (1977). Markets, Bureaucracies and Clans. *Administrative Science Quarterly* 23. (Citado por Lange y Regini, 1987).
- Oxley, H.; Mac Farlan, M. (1994). *Health Care Reforms. Controlling Spending and Increasing Efficiency*. París: OECD.
- Palermo, V.; Novaro, M. (1996). *Política y poder en el gobierno de Menem*. Buenos Aires: Norma/Flacso.
- Palermo, V. (1998). *Estudio sobre el estado del Estado en Argentina. Una herramienta de evaluación de las capacidades del sector público* [Documento de trabajo]. Buenos Aires: Fundación Carlos Auyero, Mimeo.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Parsons, T. (1968). Professions. En: *The International Encyclopedia of the Social Sciences*. Nueva York.
- Pellisé, L. (1996). Regulación de competencia en el mercado de seguros sanitarios español. Capitalización y selección de riesgos en MUFACE. En: Meneur, R.; Ortún, V. (eds.) (1996). *Política y gestión sanitaria: La agenda explícita*. Barcelona: SG Ed., pp. 301-320.
- Peterson, M. A. (1994). Congress in the 1990s: From Iron Triangles to Policy Networks. En: Morone, J. A.; Belkin, G. S. (eds.), *op. cit.*, pp. 103-147.
- Pierson, D. A., Williams, J. B. (1994). Compensation via integration. *Hospitals & Health Networks*, n. 5, pp. 28-38.
- Plotnick, D. (1985). Computer Applications for Management Planning and Control: Industry

- Standards in a Health Maintenance Organization. En: Goldsmith, S. B. (1995). *op. cit.*, pp. 148-157.
- Poggi, G. (1978). *La vicenda dello stato moderno*. Bologna: Il Mulino.
- Polanyi, K. (1992). *La gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo*. México: FCE.
- Portantiero, J. C. (1988a). La democratización del Estado. En: *La producción del orden. Ensayos sobre la democracia entre el Estado y la sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Portantiero, J. C. (1988b). Sociedad civil, Estado y sistema político. En: *La producción del orden, op. cit.*, pp. 105-121.
- PRESSAL (1994). *Diagnóstico del Sector Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Acción Social. Mimeo.
- Relman, A. S. (1987). Practicing Medicine in the New Business Climate. *NEJM*, v. 316, n. 18, pp. 1150-1151.
- Repetto, F. (1998). Notas para el análisis de las políticas sociales. Una propuesta desde el institucionalismo. *Perfiles Latinoamericanos*, n. 12, pp. 53-84.
- Repetto, F. (1999). *Gobernabilidad y capacidad de gestión pública. Las políticas frente a la pobreza en Chile y Argentina (1990-1998)*. Mimeo.
- Report on Physicians Trends, Ernst & Young, Academy for Health Services Marketing (1993). *Hospital-Physician Integration. Results of a National Survey*. Alexandria, V. A.: Capitol Publications, Inc.
- Rimm, A. A. (1985). Trends in Cardiac Surgery in the United States. Letter to the Editor. *The New England Journal of Medicine*, n. 312, pp. 119-120.
- Robinson, J. C.; Luft, H. S. (1988). Competition, Regulation and Hospital Costs, 1982-1986. *JAMA*, v. 260, n. 18, pp. 2676-2681.
- Robinson, J. C. (1991). HMO Market Penetration and Hospital Cost Inflation in California. *JAMA*, v. 266, n. 19, pp. 2719-2723.
- Robinson, J. C. (1997). Physician Hospital Integration and the Economic Theory of the Firm. *Medical Care Research and Review*, n. 541, pp. 3-24.
- Roper, W.; Winkenwerder, W.; Harckbarth, G.; Karkauer, H. (1988). Effectiveness in Health Care: An Initiative to Evaluate and Improve Medical Practice. *The New England Journal of Medicine*, n. 319, pp. 1197-1202.
- Rosenberg, S. N. et al. (1995). Effect of Utilization Review in a Fee-for-Service Health Insurance Plan. *The New England Journal of Medicine*, v. 333, n. 20, pp. 1326-1330.
- Rueschemeyer, D. (1983). Professional Autonomy and the Social Control of Expertise. En: Dingwall R.; Lems Ph. *The Sociology of the Professions*. Londres: Mac Millan, pp. 39-58.
- Salmon, J. W. (1995). A Perspective on the Corporate Transformation of Health Care. *International Journal of Health Services*, v. 25, n. 1, pp. 11-42.
- Savage, G. T.; Taylor, R. L.; Rotarius, T. M.; Buesseler, J. A. (1997). Governance of Integrated Delivery Systems/Networks: A Stakeholder Approach. *Health Care Management Review*, v. 22, n. 1, pp. 7-20.
- Schroeder, S. A. (1987). Strategies for Reducing Medical Cost by Changing Physicians Behavior: Efficacy and Impact on Quality of Care. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, v. 3, pp. 39-50.
- Shapiro, M.; Wenger, N. (1995). Rethinking Utilization Review. *The New England Journal of Medicine*, v. 333, n. 20, pp. 1353-1354.
- Shortell, S. M.; Gillies, R. R., Devers, K. G. (1995). Reinventing the American Hospital. *The Milbank*

*Quarterly*, v. 73, n. 2, pp. 131-161.

- Sidicaro, R. (1995). Poder político, liberalismo económico y sectores populares, 1989-1995. En: *Peronismo y Menemismo*, Buenos Aires: El Cielo por Asalto.
- Skocpol, T.; Amenta, E. (1986). States and Social Policies. *Annual Rev. Sociol.* n. 12, pp. 131-157.
- Skocpol, T. (1989). El Estado regresa al primer plano: Estrategias de análisis en la investigación actual. *Zona Abierta*, n. 50, pp. 71-122.
- Skocpol, T. (1994). Is the Time Finally Ripe? Health Insurance Reforms in the 1990s. En: Morone, J. A.; Belkin, G. S. (eds.), *op. cit.*, pp. 57-76.
- Skocpol, T. (1997). *Boomerang. Health Care Reform and the Turn Against Government*. New York, London: W.W. Norton & Cia.
- Smits, H. L.; Watson, R. E. (1984). DRGs and the Future of Surgical Practice. *The New England Journal of Medicine*, v. 311, n. 25, pp. 1612-1615.
- Spencer, H. (1896). *The Principles of Sociology*. Nueva York: Appleton & Co.
- Speranza, L. (1992). Professioni, potere ed autorit: sei tesi sullo sviluppo del professionalismo. *Rassegna Italiana di Sociologia*, v. 33, n. 1, pp. 2-17.
- Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*. Nueva York: Basic Books Inc. Publishers.
- Starr, P. (1993). The Framework of Health Care Reform. *The New England Journal of Medicine*, v. 329, n. 22, pp. 1666-1672.
- Stoddart, G. L. (1989). Reflections on Incentives and Health System Reform. En: López-Casasnovas, G. (ed.), *op. cit.*, pp. 74-95.
- Strong, P. M. (1979). Sociological Imperialism and the Profession of Medicine. A Critical Examination of the Thesis of Medical Imperialism. *Social Sciences & Medicine*, n. 13, pp. 196-214.
- Sullivan, C. C.; Schuster, T. M. (1994). Managed Care Innovation and New Product Development. En: Goldsmith Seth. B. de., *op. cit.*, pp. 21-32.
- Tafari, R. (1996). *Privatización, subcobertura y reforma competitiva en salud*. Río Cuarto: Universidad Nacional de Río Cuarto.
- Tamayo Sáez, M. (1997). El análisis de las políticas públicas. En: Bañón, R.; Carrillo, E., *La nueva administración pública*. Madrid: Alianza.
- Tawney, R. H. (1920). *The Acquisitive Society*. Nueva York: Harcourt Brace.
- Testa, M. (1989). *Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud)* Buenos Aires: Representación de OPS.
- Thorpe, K. E. (1994). American States and Canadian Provinces: A Comparative Analysis of Health Care Spending. En: Morone, J.A.; Belkin, G.S. (eds.), *op. cit.*, pp. 405-417.
- Vogel, D. (1986). *National Styles of Regulation Ithaca*. New York: Cornell University Press.
- Waibrs, M. (1989). Collegiality, Bureaucratization and Professionalization: A Weberian Analysis. *American Journal of Sociology*, v. 94, n. 5, pp. 945- 72.
- Weber, M. (1997). *Economía y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Weir, M.; Skocpol, T. (1993). Las estructuras del Estado; una respuesta keynesiana a la Gran Depresión. *Zona Abierta* 63/64.
- Weller, C. D. (1978). "Free Choice" as a Restraint of Trade in American Health Care Delivery and Insurance. *Iowa Law Review*, v. 69, n. 5, 1351-1391.
- Wennberg, J.; Blowers, L.; Parker, R.; Gittelsohn, A. (1977). Changes in Tonsillectomy Rates Asso-

- ciated with Feedback and Review. *Pediatrics*, n. 59, pp. 821-826.
- White, J. (1995). *Competing Solutions. American Health Care Proposals and International Experience*. Washington DC: The Brookings Institution.
- Williams, A. (1985). Economics on Coronary Artery Bypass Grafting. *British Medical Journal*, v. 291, n. 6491, pp. 326-329.
- Williamson, O. (1989). *Las instituciones económicas del capitalismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wolinsky, F. D. (1993). The Professional Dominance. Desprofessionalization, Proletarianization and Corporization Perspectives: An Overview and Synthesis. En: Hafferty, F.W., McKinlay, J.B., *op. cit.*, pp. 11-24.
- Woolhandler, S., Himmelstein, D. (1991). The Deteriorating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System. *The New England Journal of Medicine*, v. 324, n. 18, pp. 1253-1257.
- World Bank (1995a). *Argentina. Health Insurance Reform Loan*. [Versión Preliminar]. Buenos Aires: Banco Mundial. Mimeo.
- World Bank (1995b). *Misión de Evaluación. Proyectos de Reforma de los Seguros de Salud. República Argentina*. Ayuda Memoria, 1º de diciembre de 1995. Buenos Aires: Banco Mundial. Mimeo.
- World Bank (1997). *World Development Report 1997. The State in a Changing World*. Washington DC: The World Bank.
- World Bank (1998). *Minuta de entendimiento. Argentina: Proyecto de reforma del sistema de seguros de salud 2. Misión de identificación del Banco Mundial*. Buenos Aires: Banco Mundial, Mimeo.



Este libro se sostiene en la pretensión –sin duda ambiciosa, probablemente excesiva– de proporcionar insumos para el debate sobre la reforma de la atención médica en la Argentina. El único atenuante que puede alegarse en su defensa es que en su contenido no se ha organizado sobre normas, fundamentos o principios, posicionamientos ideológicos u opiniones personales –las tradicionales formas de explicitación del *deber ser* cuando se discuten instituciones de salud– sino en torno del interés por recoger, sistematizar, difundir información sobre experiencias y debates afines fuera de las fronteras de la Argentina.

Mi hipótesis en relación con las transformaciones del sistema de servicios de atención médica en la Argentina puede formularse con relativa sencillez, aunque condensa una porción sustantiva del pensamiento –y el debate– en las ciencias sociales contemporáneas. Quiero defender la idea de que tales transformaciones pueden ser pensadas –y comprendidas– como consecuencia de *cambios en las instancias y mecanismos de regulación del sistema de servicios*. Esa hipótesis, de orden conceptual, destinada a caracterizar las coordenadas del cambio, puede ser complementada con una hipótesis operativa, vinculada a que toda propuesta de reformulación de ese sistema debe definir *nuevas instancias y mecanismos de regulación que establezcan incentivos y normas adecuados a los objetivos a alcanzar*, y por una hipótesis política, tomada de la

obra de Douglass North, referida a que el cambio institucional es una actividad fundamentalmente política destinada a construir *nuevas reglas de juego*. Para desarrollar

esa hipótesis, para ampliarla, enriquecerla, sistematizarla y convertirla en instrumento de análisis, he seleccionado los restantes materiales que conforman este libro.

Las razones de esa selección no son evidentes, ni se justifican de manera directa.

Mi objetivo por el momento, como he señalado, no es elaborar un argumento acabado, sino iniciar un debate sobre la utilidad de su construcción.

Susana Belmartino  
*Extractos de la Presentación*

