

Las Obras Sociales y el Banco Mundial (corregido para la web)
Estudio Crítico Sobre el Proyecto de Reforma de los Seguros de Salud.
Banco Mundial
Prestamos 400/3 A.R. Informe Final de Implementación

Buenos Aires agosto 2000.

Desde 1991-92 el Gobierno de Argentina estudió las opciones posibles para lograr una reforma al sistema de las obras sociales que el Banco Mundial calificara de “plagado de baja eficiencia, insostenibilidad financiera y una pobre calidad en el cuidado de la salud...”.

Tal como lo recuerda el Informe Final de Implementación del Banco, el sistema de las obras sociales ofrecía cobertura en prestaciones de salud aproximadamente a 18 millones de beneficiarios, vale decir al 51% de la población del país.

De ese total de beneficiarios, corresponden a las obras sociales nacionales alrededor de 8 millones de beneficiarios; 6 millones a las obras sociales provinciales y 4 millones a jubilados y pensionados del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)

Se calcula entonces que las deudas de esas obras sociales nacionales y las del INSSJP excedían la suma de dos mil millones de pesos (1995) y esta situación es la que presionó para que el Gobierno Nacional, en la segunda mitad de 1994 concretara con el Banco Mundial, el análisis de los problemas del sistema y las opciones de reformas posibles al mismo, enfocando especialmente a dichas obras sociales nacionales y al INSSJP.

En el trabajo de observación previa, el Banco detectó aspectos claves de política y áreas específicas, para la primera fase de la reforma planteada y señaló e identificó lo siguiente:

1. Este sector tenía cautivos a beneficiarios que no podían elegir libremente su pertenencia a otra obra social y esta circunstancia ponía a esas obras sociales y al Instituto de Jubilados y Pensionados fuera de todo incentivo para mejorar la calidad y cantidad de servicios, como para operar más eficientemente y controlar sus costos.
2. Alrededor del 50% de las 360 obras sociales nacionales que existían en 1994 tenían menos de 10 mil beneficiarios y para el Banco, ofrecían “baja viabilidad financiera como aseguradores...”
3. Se advertía falta de transparencia y objetividad en el mecanismo de transferencia de fondos del llamado Fondo Solidario de Redistribución (FSR) a las O-S, que las requerían para poder asegurar una financiación adecuada para un mínimo de asistencia a sus beneficiarios; lograr fondos en forma de préstamos y subsidios para su propio soporte financiero, como así mismo, financiamiento apropiado para prestaciones de alta complejidad.

4. Se percibía un débil medio regulatorio, expresado especialmente en la falta de un programa médico obligatorio (PMO); en la falta de una regulación de protección para la demanda de los beneficiarios y las coberturas privadas y finalmente una incoordinación entre las dos autoridades de supervisión.
5. Se detectaba que un número de las obras sociales y del INSSJP estudiados tenían un “sustancial déficit operativo y estaban altamente endeudadas con los proveedores y financistas...”.

El Banco señalaba que tales déficits en las obras sociales que debían imputar:

- a) Un alto costo administrativo
- b) Escaso control sobre cantidad y costo de los servicios que cubrían
- c) Tenían clínicas y servicios recreativos ineficientes
- d) Tenían débiles sistemas de administración y contabilidad

En tanto que para el INSSJP, su operación deficiente era la consecuencia de:

- a) Inadecuado e inconsistente contrato de prácticas con sus proveedores
- b) Financiaba una cantidad de programas sociales que no tenían relación con la salud y lo hacían sin el traspaso de los recursos financieros necesarios para tales prestaciones.
- c) Elevado e incontrolado gasto farmacéutico
- d) Exceso de personal
- e) Débil sistema de contabilidad y de control interno

El Gobierno Nacional se dispone entonces a reestructurar las obras sociales y el INSSJP y acuerda con el banco Mundial un préstamo para tal fin por 350 millones de dólares el 25 de abril de 1996. Este préstamo se nominará como: LOANS 4002 AR y 4003 AR.

En la misma fecha, el Banco otorgó por separado un préstamo para Asistencia Técnica por 25 millones de dólares reconocido como el LOAN 4004 AR.

Argentina a su vez aceptaba contribuir con un fondo de contrapartida de 400 millones de dólares, compuesto por 210 millones de transparencia en efectivo a los Fondos de Reversión para las O-S y 190 millones de cancelación de deuda para el INSSJP. Los préstamos y las contrapartidas del Gobierno suman un total de 750 millones de dólares para todo el Proyecto de Reforma de los Seguros de Salud en Argentina.

Reflexiones críticas sobre la implementación del Proyecto:

Atendiendo en primer término con exclusividad a los puntos y áreas claves detectadas por el diagnóstico de sustitución producido por el Banco Mundial, es necesario reparar:

- a) En la significación que tanto el Gobierno como el banco le otorgarán a la introducción de la competencia entre las obras sociales, como “paso fundamental hacia el mejor aumento de la eficacia y responsabilidad tanto como

de la cualidad y cantidad de sus coberturas de salud”. Así lo expresa el documento final del Banco de su parte I Antecedentes, punto 4. pág. 11.

Es conveniente recordar que esta calificación de “la competencia”, entre las obras sociales, fue cuando más, una categoría conceptual totalmente ausente, en los análisis que de todo tipo se pudieron efectuar en la historia institucional del sector, en el que primaba por el contrario, el peso histórico ineludible y preponderante del sentido de pertenencia y hasta de “conciencia social”; para con la organización sindical de la que formaba parte el trabajador y que se transfería sin mella alguna, a su ligazón de clase con la obra social, cuya afiliación era automática y deseada, como respaldo conveniente para el cuidado de su salud y la de los suyos.

En realidad esta categoría conceptual de “**la competencia**”, es propia de la estructura teórica del liberalismo y vuelve a mostrar pertinencia e insistencia en el mundo de los países dependientes, particularmente a partir de la puesta en vigencia, al final de 1989, del **Consenso de Washington**, y de la reiteración conceptual que el propio Banco Mundial hará sistemáticamente en sus documentos principales, destinados a difundir y fortalecer sus postulaciones normativas, dignas del más apasionado de los neoliberalismo reinantes, en tiempos de la mundialización económica por la que se transita.

De esta forma no resulta extraño ni exagerado asignarle al propio Banco Mundial la paternidad política, económica y social de tal categoría conceptual. En ese sentido es necesario interpretar ese punto a) del Documento Final del Banco, como una interesada redacción de ocultamiento histórico, al asignarle al Gobierno Nacional el reconocimiento de la introducción de la competencia como “un paso fundamental...” para mejorar eficacia y responsabilidad de las O-S, como de la cualidad y cantidad de sus prestaciones de Salud.

El Banco elude así en el primer tema de las políticas y áreas identificadas para proyectar las reformas del sistema, su condición de poder dominante, otorgándole simuladamente al Gobierno Nacional, el papel decisivo del “paso fundamental” que el convenio ha de implantar.

El Banco sabe que las O-S están históricamente relacionadas con la situación de trabajo en las que se desempeñan los trabajadores argentinos y que por lo tanto son parte de las relaciones sociales que conforman el modo de producción capitalista del país. También sabe que esas obras sociales inscriptas en tales relaciones de producción “son propiedad de los gremios y manejadas por ellos...”. Las leyes vigentes sancionaban el derecho a recibir las prestaciones médicas-sociales de las obras social ligada, unida, relacionada socialmente, con el lugar del empleo del trabajador.

Tal entramado histórico-social construido a lo largo de algo más de medio siglo, constituyó buena parte de la consolidación político-gremial del movimiento trabajador del país. Como se advierte desde tal posición, resulta comprensible entender que cualquier movimiento tendiente a resquebrajar ese entramado, debe ser ponderado como un proceso cuyo objetivo está dirigido práctica y directamente a vulnerar la integridad del esfuerzo sindical unificado de los trabajadores en Argentina.

Si además se concibe que esta búsqueda de vulnerabilidad está promovida por quienes exponen detrás de sus medidas y normas operativas, una formulación teórica digna del liberalismo, no resulta muy atrevido pensar que tal vulnerabilidad ha elegido cuidadosamente, al menos en nuestro país, al centro de la resistencia social destinada a sostener los derechos comunes y no solo individuales, de sus componentes, los trabajadores.

Las organizaciones sindicales han defendido en su unidad consolidada solidariamente en el continuo: ISOSS uno de los instrumentos de praxis social, que la historia le ha demostrado su eficacia social.

Al implantar la categoría de la competencia en el sistema de la Seguridad Social unida a la salud de los trabajadores, se abre el camino para incorporar sin reparos a esa salud, al área de la mercantilización, caracterizando a la salud como mercancía y de allí considerar que los demandantes de tales prestaciones se confundan en el funcionamiento de un “mercado de consumidores”.

El Banco Mundial ubica así a las OS y sus instituciones prestacionales, como empresas que deben competir entre sí, por la supremacía en tal mercado sanitario; la salud se comprende como parte de una etapa clara de “cosificación” mercantil, impulsada por tal competencia de absorción de la demanda, de precios de sus ofertas, de obtención de lucro y consecución de más y mejores ventajas comerciales, muchas veces inscriptas en el simple argumento de lograr tales objetivos por cualquier camino útil, sin complicados reparos en condiciones de profesionalidad, ética y eficacia sanitaria.

En sincronía con esta conceptualización del mercado dominante, de salud-mercancía, el Banco respaldará el criterio crematístico de la eficiencia en la relación costo/beneficio garantizado precisamente por ese valor esencial del funcionamiento cabal de la categoría de “**la competencia**”. Ella será la encargada de asegurar la eficacia prestacional en función primordial de los costos. El mercado aparece así, también en la salud, como la instancia terminante, de excelencia, entonces ofrecida como criterio de validez universal y triunfante para todos los campos del quehacer socioeconómico del mundo globalizado.

Sin embargo, es prudente advertir que los organismos nacionales e internacionales relacionados con la salud, entre los cuales merecen destacarse los técnicos de la OMS en más de una presentación, han relativizado la significación de la competitividad para lograr obtener prestaciones de calidad, así como del incremento de la eficacia de las prácticas brindadas por las entidades sanitarias involucradas en tales perspectivas competitivas. En tal sentido, estos organismos evaluadores de los procesos sanitarios señalan cuando más, que los estudios adecuados y de reconocido valor científico, efectuados para ponderar el valor de la categoría “libre competencia”, sobre las condiciones de ejecución y resultados sobre las prácticas prestacionales brindadas, expresan que no son suficientes tales observaciones técnicas para asegurar la significación positiva de tal categoría. Esos mismos organismos preconizan la necesidad de incrementar y profundizar esos estudios de validez sobre el particular.

Así mismo, el criterio de la libre competitividad, integrada al concepto del mercado autorregulado, es parte de la teoría económica librada a su propia dinámica y considerada en estricto sentido lógico, como de muy difícil y comprometida aplicabilidad, porque deja de lado elementales principios necesarios, insoslayables, para permitir lograr un orden social mínimamente recomendable.

La apropiación indiscriminada de la riqueza social, la acumulación despiadada del régimen capitalista que se busca desde el respaldo indiscriminado de la práctica protegida por la libre competencia, ha exigido esfuerzos innegables de las sociedades sometidas a sus designios para lograr detener, o al menos equilibrar, los efectos negativos que se sobre las mayorías trabajadoras han producido los sistemas cubiertos por esas virtudes, siempre aliadas, o acompañantes complacientes, de los poderes dominantes de las sociedades competitivas.

Detrás de la libre competencia se despliega el régimen neoliberal que el Banco señala para los pueblos sometidos, como instrumento hábil de recuperación de esos tiempos de apropiación máxima del producto social, que resulta de acumular en provecho del poder económico dominante, el valor indiscutible del trabajo. La competencia, en el pleno ejercicio de la libertad de mercado, también en la salud, es un componente indispensable tanto para el ejercicio de dicho poder dominante, como para certificar la certeza funcional del sistema en su objetivo de asegurar su propio modo de acumulación. El banco no hace más que legalizar con el peso de su poder económico y político, de su supremacía institucional para con los países dependientes, el destino del sistema que debe auspiciar y comprometerse permanentemente a consolidarlo, sirviendo a las metas de la mundialización del poder, que le conceden sus directivas y prerrogativas.

- b) En el señalamiento del Banco, de la indicación que el cincuenta por ciento de las obras sociales nacionales que existían en 1.994 tenían menos de 10.000 beneficiarios y que tal variable demográfica, en su ponderación cuantitativa, le permitían indicar, por lo tanto, “baja viabilidad financiera como aseguradores...” reside una de las amenazas institucionales del Proyecto de Reformas.

Si no existe un concepto funcional, es muy difícil aceptar una definición tan terminante con el destino funcional y financiero, que el Banco le otorga a las obras sociales con menos de diez mil beneficiarios.

Cuando menos, un juicio ponderativo de esa naturaleza, sostenido por la exclusiva razón del universo aportante, por el volumen de sus beneficiarios, aparece como una generalización apresurada que obtiene su credibilidad de un muy reducido, o mejor dicho, de un ínfimo dato empírico, que no cuenta, por cuanto no se informa sobre el mismo, con la corroboración científica que debe esperarse de una autoridad que está obligada a ofrecer ponderados criterios de justificación para sus juicios y decisiones técnicas.

Es posible que una generalización de tal magnitud, pueda tener algunos rastros de certezas a certificar; puede ser que pueda presumirse que la distribución del riesgo bajo cobertura, resulta excesivo para ese número de asegurados, pero ni aun así puede

emitirse como válida, sin más, una identificación clave para la implementación del Proyecto de Reforma de las OS, como ésta que se incluye en este punto de políticas y áreas para las reformas.

Al menos sería conveniente que esa identificación, se viera cotejada además de con el volumen del universo bajo cobertura, por ejemplo, con la distribución de ese universo por sexos, edades, tipo de afiliación, niveles de ingresos y por lo tanto aportes al sistema; por su distribución geográfica y por aquellos indicadores de funcionamiento, como demanda de prestaciones, servicios o propios o contratados, gastos de administración, sistema de pagos y retribuciones a los prestadores; procesos de control y evaluación, etc.

- c) También debe repararse en la indicación de falta de transparencia y objetividad en los mecanismos de transferencia del Fondo Solidario de Redistribución a las obras sociales.
- d) En las debilidades de los medios regulatorios, entre los cuales se mencionara: falta de un programa médico obligatorio; la regulación de normas protectoras para los demandantes de servicios de salud en las obras sociales y en las coberturas privadas.

Tales debilidades de regulación están observadas como acontecimientos encuadrados en el sistema mismo, sin percibirse la falta de coordinación del sector con el sistema de salud global y su inserción en las políticas de salud del país, acentuándose con este enfoque por parte del Banco, una configuración aislada, de marcada incomunicación funcional y proyectiva, cuyo padecimiento lleva al país a una recalcitrante fragmentación del sistema sanitario, que el Banco lamentablemente en estas identificaciones de puntos clave de políticas y áreas de reforma, solo observa también parcialmente.

- e) En el señalamiento de un sustancial déficit operativo y de alto endeudamiento de las OS y del INSSJP, imputables al alto costo administrativo, al escaso control sobre los servicios brindados, a débiles sistemas de contabilidad y administración, como en la existencia de clínicas médicas y servicios recreativos propios e ineficientes. En tanto que para el INSSJP se basan tales dificultades en deficiencias de contrataciones, en ejecución de programas sociales que no se refieren a la salud y sin el traspaso de los recursos financieros necesarios; excesivo gasto en medicamentos; exceso de personal y también debilidad en el sistema contable y en los controles internos.

El banco ha identificado algunos de los síntomas, quizás algunos de los más notorios, de los déficits operativos y del endeudamiento de las obras sociales y el INSSJP en particular, sin alcanzar tales identificaciones las verdaderas causales estructurales que produjeron estos síntomas, cuya semiología resulta así parcial, e insuficiente y con seguridad, sus medidas correctivas resultan en consecuencia también inadecuadas y fragmentarias.

Tal como se observa en esos enunciados sintomatológicos, el enfoque primordial se dirige a los elementos articulados con los costos de producción y con sus registros y controles, donde seguramente existen irregularidades tanto o más notorias, que estas

identificaciones del Banco, aunque sin dudas, sorprenda la falta de otras identificaciones estructurales que son partes inseparables de los orígenes causales del deterioro creciente y casi insostenible del sistema de las OS.

Debe referirse como elemento estructural indispensable, la caída indetenible del nivel de los ingresos de los componentes del sistema, que debieron ser identificados por el Banco, tanto en los deterioros de los salarios de los trabajadores y por lo tanto en la disminución de los aportes sociales de empleados y empleadores, en actividad, como en cuanto a la disminución elocuente del número de cotizantes directamente relacionados con los trabajadores económicamente activos y por su negativa, con el aumento también indetenible de los desocupados, que el sistema de acumulación capitalista mundializado, tiene en desarrollo, como así mismo en el deterioro a los aportes sociales al sistema que implica la creciente patología social del pago de salarios “en negro”, que eluden así tal contribución social indispensable.

Así como estas causas estructurales han quedado sin identificación por parte del Banco, debe repararse que en otras identificaciones, como por ejemplo en las esencias de los controles de cantidad y costos de servicios, como en las deficiencias de los contratos de prácticas con los prestadores y del elevado gasto farmacéutico, el Banco ha dejado fuera de consideración aspectos substanciales para afinar esas identificaciones, haciendo así muy problemáticas las eficacias de sus medidas para la reforma planteada.

En ese rumbo debe indicarse la ausencia de asignación de responsabilidades, al llamado modelo prestacional vigente, sostenido por una decidida vocación de recuperación de la salud enfocada desde la pérdida de la misma, a partir de modelos paradigmáticos asistenciales, biologicistas, individualistas, asociales y ahistóricos, de insistentes e inmodificables tendencias medicamentosas insustituibles, cada vez más sintomáticas y costosas, como agresivas y determinadas por sus productores, en base a reconocidas y exitosas medidas publicitarias de casi insoportable competencia y redundancia.

Ese modelo prestacional es además tributario de fórmulas definidas de retribución a los profesionales, que demuestran desde su implantación la insuperable y significativa determinación sobre los resultados científicos, técnicos, económicos y aún sociales, que deben soportar los demandantes de las prestaciones y las OS que cubren dichas prácticas.

Sobrevuelan sobre estas identificaciones olvidadas o bien omitidas por el Banco, una asignación de relevante significación institucional para el sector, que acompaña históricamente a todo sistema cuyo objetivo descansa en el incremento a cualquier precio de sus rentabilidades y ganancias y que se ha transformado en un sujeto histórico de nivel creciente indetenible. También el sistema de las OS tiene aumentada determinación de su destino, por ese sujeto social, el de la corrupción financiera, adherido al parecer sin medidas, a este aspecto irreparable de la mercantilización de sus prácticas de cobertura de salud.

En esta identificación fundamental del sistema operativo de las obras sociales, el Banco no ha omitido opinión y menos aún, crítica alguna, a la operación prestacional mencionada, ni tampoco a esas fórmulas de retribuciones a la oferta de dichas

prestaciones. Es esta omisión, una delicada y comprometida posición del Banco, que no se ha atrevido a cuestionar, ni la introducción del criterio de libre competencia que acompaña a la modalidad operativa de la libre elección de los componentes de la oferta, ni a la perversidad corrupta que está unida, a los sistemas vigentes de retribución para con las prácticas brindadas por los efectores.

La realidad operativa del sistema, sostenida en su gran peso, por su relación con el sistema prestacional privado, muestra la significación que a lo largo del tiempo ha expresado la introducción de tal sistema competitivo prestacional, y por lo tanto, empresarial y con fines de lucro, capitalista a fin y al cabo, en un sistema de solidaridad social como es el de las obras sociales.

Las décadas transcurridas desde la vinculación del sector privado, con los requerimientos prestacionales de las obras sociales sindicales y los resultados históricamente computables de dichas relaciones profesionales, financieras, sanitarias, sociales al fin, calificadas aparentemente por el Banco, como queda dicho, “de baja eficacia, insostenibilidad financiera y una pobre calidad en el cuidado de la salud...”. No dejan dudas que han sido múltiples los factores causales intervinientes para llegar a tales resultados y a certificar empíricamente el diagnóstico del Banco sobre el sistema de las obras sociales y sus resultados operativos; pero así mismo, deben ser muy pocas las dudas para asignarle una sobre determinación certera, a la significación de los factores que el Banco desconoció, o al menos omitió en su listado correspondiente.

Estas omisiones en los valores causales que se han señalado, expresan la presencia de una importante escotomización diagnóstica del banco, que ha dejado de considerar elementos claves de la causalidad estructural del sistema y que precisamente tienen que ver en buena medida, con las formalizaciones que el capitalismo competitivo tanto en su funcionamiento apropiado, como en el sostenido por inclinaciones perversas de ese mismo funcionamiento que le es inminente, introduce en el esquema operativo de las OS.

El Banco omite especificaciones sobre el comportamiento íntimo del sistema competitivo, históricamente deteriorante de las OS, desde largas décadas influyendo sobre sus destinos sociales y sanitarios; al omitirlo, como identificación diagnóstica, preanuncia errores terapéuticos ineludibles, pero al introducir, como novedad, algunas de esas medidas correctivas como fundamentales, (la competencia, por ejemplo), cuando ya demostraron sus condiciones deformantes, es posible advertir que tal empecinamiento teórico, no puede tener otra explicación, que la natural comprobación histórica, de su pertenencia militante, en el sistema capitalista que sostiene tal competitividad como esencial para su desenvolvimiento. El sistema de acumulación defiende sus orígenes y en nuestro caso, proyecta sus determinaciones acumulativas sobre el atractivo campo sanitario, sobre todo si se tienen en cuenta la importancia de los fondos sociales que mantienen al sistema solidario de las OS y que los componentes funcionales del capitalismo financiero internacional, evalúan como nuevas fórmulas de apropiación, dentro del sistema de relaciones sociales que ellas determinan, en la globalización capitalista, o sistema mundializado de las capitales, en este modo de producción tecnologizado que alienta al máximo dicha apropiación.

Otras precisiones diagnósticas

El marco enunciativo mencionado, sobre los síntomas reconocibles del deterioro del sistema de las OS, puede resultar suficiente; sin embargo el Informe Final de Implementación del Banco, consideró apropiado sumar otros antecedentes, entre los cuales deben merecer consideraciones supletorias las siguientes:

- a) El banco reconoce que la mayoría de las obras sociales estaban operando con déficit y con serio endeudamiento con los proveedores. De las 55 obras sociales que fueron preclasificadas para el Programa, 42 operaban con déficit y sostenían una deuda total de mil cien millones de pesos.

Estas OS tenían serios inconvenientes en la provisión de los servicios de salud a sus beneficiarios, en muchos casos interrumpidos por falta de pago a los proveedores, señalando el mismo Banco Mundial que ese endeudamiento no estaba necesariamente relacionado con los bajos ingresos sociales, hasta tal punto que las dos obras sociales con el más alto ingreso mensual por beneficiario (\$62 y \$49 respectivamente) también tenían la más alta deuda total por beneficiario (\$433 y \$335).

Tal como prontamente puede verse, esta última información respecto a los niveles de ingresos por beneficiarios y la deuda total también por beneficiario; como la afirmación de las predicciones de la viabilidad financieras de las obras sociales como aseguradoras de la salud conforme el volumen de sus afiliaciones, son cuanto más, apreciaciones insuficientes para sostener en tales valores (ingresos por beneficiarios), esa viabilidad financiera-social de las instituciones. Muchas otras variables intervienen sobre el particular y sobre todo, como lo enseña la realidad histórica del sistema, aparecerá como determinación de significativo peso, el comportamiento de la demanda, que como también se sabe, tiene en este caso, a su vez, una sobre determinación dada por la poderosa insuficiencia de la oferta prestacional.

El Banco no ha considerado tales determinaciones y utiliza entonces argumentaciones que aparecen como de llamativa linealidad causal, para el reconocimiento de los síntomas y por lo tanto, como queda dicho, construye líneas de objetivos operativos insuficientes y científicamente inapropiados, aun cuando sirvan específicamente a la doctrina que sostiene tanto sus orígenes, como sus directivas dominantes para los países dependientes.

- b) En el punto 10 de la Evaluación de los Antecedentes considerados, el Banco dice que las obras sociales “estaban plagadas de ineficiencia de varios tipos...” y las enumerará en tres acápite que intentan reunir tales “plagas” de ineficiencias.

En primer término se indica la presencia de un alto costo administrativo, sostenido por exceso de personal, estructuras ineficaces y falta de sistema de administración y de información eficiente.

El Banco no ofrece en su Informe Final de Implementación, ningún elemento justificatorio de este primer acápite que sobre factores de ineficiencia menciona.

En términos generales, el simple reconocimiento empírico del funcionamiento de las OS, permite suponer que estos tres factores enunciados en forma general, pueden representar evidentes causales para esas plagas de ineficiencia.

A los efectos de otorgarle alguna apreciación valorativa a esas apreciaciones manifestadas por el Banco, hemos tomado una muestra de las obras sociales sindicales a partir del volumen 2 de la Superintendencia de Servicios de Salud, denominado OS. Información General del Sistema, a los efectos de reconocer el significado cuantitativo de los Gastos Administrativos indicados en el texto del Banco en dicho Informe Final para uso oficial.

Tal como puede advertirse en la pág. 25 del volumen 2 mencionado, que expresa los totales generales del sistema, en cuanto a ingresos y egresos del mismo, los Gastos Administrativos representan un total del 10,3% de los ingresos totales. Su distribución general es la siguiente

Gastos	% de los Ingresos Totales
Prestaciones médicas	83,3
Prestaciones sociales	3,2
Gastos Administrativos	10,3
Extraordinarios	1,8
Superávit	1,4

Tales gastos administrativos, siempre conformen al volumen 2 de la Superintendencia de Servicios de Salud, representan un total de 466.561.000 para el año estudiado.

A los efectos de observar algunos otros detalles de ese porcentaje promedial del 10,3% para los Gastos Administrativos se ha obtenido una muestra de las 222 obras sociales sindicales presentadas en el referido Volumen 2, estudiándose las primeras 121 que allí se presentan.

Esta observación se ha referido a la categoría Gastos Administrativos y Extraordinarios que para cada OS allí presentada expresa el Indicador Económico-Financiero que muestra las relaciones en función de los ingresos de esa obra social.

Como se advierte en la tabla general ofrecida, los Gastos Administrativos y Extraordinarios, tomados promedialmente para el total de las obras llega al 12,1% de los ingresos.

En el caso de la muestra estudiada para nuestro análisis estos son los resultados obtenidos.

Gastos Administrativos y Extraordinarios	Total de Obras Sociales	%
-10%	45	37,20
10,1 al 15%	33	27,27
15,,1 al 20%	13	10,74
21 al 40%	19	15,70
+41%	9	7,44
Sin inf.	2	1,65
Totales	121	100

El 37% de la muestra tiene un Gasto Administrativo Extraordinario, de hasta el 10% de los ingresos totales y entre el 0 y el 15 % de los Gatos Administrativos y Extraordinarios se involucran 78 OS de la muestra estudiada, es decir un 64, 47% del total de esas OS analizadas.

Tal como surge de la estructura comentada a propósito de la tabla de la Superintendencia, los niveles promediales del 12,1% para dichos Gastos Administrativos y Extraordinarios, no aparecen como de gran significación y aunque evidentemente pueden ser susceptibles de ajustes siempre posibles, es bueno recapacitar, sobre esa significación si se agregan los hallazgos de la muestra analizada a partir de la misma información de la Superintendencia. Casi las dos terceras partes de las obras sociales estudiadas tienen gastos de esa naturaleza, inferiores al 15% del gasto total y el 37% de esas obras sociales no llegan al nivel del 10% en Administración y Gastos Extraordinarios.

Se han realizado otros análisis, siempre referidos a las obras sociales de la muestra y a los Gastos Administrativos Extraordinarios.

1. Servicios Propios.

a). En las obras sociales de la muestra se advierte que 41 de ellas tienen servicios propios y esta es su distribución según sus gastos administrativos y extraordinarios, conforme la información procesada:

Gastos Administrativos y Extraordinarios	Total de Obras Sociales	%
-10%	21	51,22
11 a 20%	14	34,15
21 a 30%	3	7,32
31 a 40%	1	2,44
41 a 50%	2	4,88
Totales	41	100

El 51,22% de las obras sociales con servicios propios gastan menos del 10% de sus ingresos en Administración y Gastos Extraordinarios.

b). Las Obras sociales estudiadas muestran que, 69 de ellas, es decir casi los dos tercios de la muestra (62,72%) y conforme a la información registrada por la Superintendencia de Servicios de Salud, no tienen servicios propios. La distribución de las mismas con relación al nivel de los Gastos Administrativos y Extraordinarios ha sido la siguiente:

Gastos Administrativos y Extraordinarios	Total de Obras Sociales	%
-10%	19	27,54
11 a 20%	33	47,82
21 a 30%	9	13,04
31 a 40%	3	4,35
41 a 50%	1	1,45
+60%	4	5,80
Totales	69	100

En este caso 27,54% de las obras sociales de la muestra, sin servicios propios, gastan menos del 10% de sus ingresos en Gastos Administrativos y Extraordinarios, y en consecuencia el 72,46% tiene gastos superiores al 10% de sus ingresos.

De esta forma puede pensarse que la incidencia de servicios propios en los Gastos Administrativos resulta de inferiores porcentajes totales, para las obras sociales con servicios propios y aunque seguramente deben incidir en esos valores, algunas otras variables, este detalle de los servicios propios debe ser tenido en cuenta a la hora de las definiciones causales y de las medidas de ajustes que se propongan.

Vale así mismo esta referencia de observación empírica, si se tiene en cuenta que el Banco Mundial, ha desarrollado una buena parte de su prédica de ajustes en los servicios de salud, sobre las ventajas de las aperturas prestacionales y que para el caso de las obras sociales se basan en las preferencias por el sector privado, como oferta de excelencia para la eficiencia funcional de estas instituciones de la seguridad social.

2. Población afiliada.

La variable población afiliada también resulta de interés causal para asignar ponderación diagnóstica con respecto de los Gastos Administrativos y Extraordinarios

En la muestra analizada se han dividido las búsquedas entre las obras sociales que gastan menos del 10% en dichos gastos y las otras. Estos son los resultados:

a). menos del 10% de Gastos Administrativos y Extraordinarios

Beneficiarios	Obras Sociales	%
-10.000	24	53,33
10.001 a 30.000	11	24,45
30.001 a 60.000	4	8,89
+60.000	6	13,33
Totales	45	100

Más de la mitad (53,33%) de las obras sociales que gastan menos del 10% en Administración y Gastos Extraordinarios tienen menos de 10.000 afiliados y solo el 6% de ellas tienen más de 60.000 afiliados.

b). Con más del 11% de Gastos Administrativos y Extraordinarios, esta es la distribución de las obras sociales de la muestra:

Beneficiarios	% Gastos Administrativos y Extraordinarios				Totales	%
	11 al 20 %	21 al 30%	31 al 40%	+41%		
-10.000	14	12	4	2	32	48,48
10.001 a 30.000	12	10	-	2	24	36,36
30.001 a 60.000	3	1	-	-	4	6,06
+60.000	5	1	-	-	6	9,10
Totales	34	24	4	4	66	100

Tal como lo expresa la tabla precedente, 32 de las 66 obras sociales que gastan más del 11% en Administración y Gatos Extraordinarios tienen menos de 10.000 beneficiarios y 6 de ellas tienen más de 60.001 beneficiarios; es decir, casi la mitad (48,48%) de las obras sociales que gastan más del 11% de sus ingresos totales en Administración y gastos Extraordinarios, tienen menos de 10.000 afiliados y el 9,10% de ellas, tienen más de 60.001 afiliados.

Interesa admitir que el 84,8% de las obras sociales que gastan más del 11% en Administración y Gatos Extraordinarios, tienen menos de 30.000 afiliados.

A su vez del estudio de las obras sociales que pasan los 100.000 beneficiarios, (13 en total, es decir, el 11,7% de la muestra estudiada), se distribuye así según el gasto Administrativo y Extraordinarios.

Gasto Administrativo	Obras Sociales	%
-10%	4	30,78
11 al 20%	8	61,53
+20%	1	7,69
Totales	13	100

Al observar a esas obras sociales sindicales según el número de beneficiarios y sus niveles porcentuales de Gastos Administrativos y Extraordinarios, esta fue su distribución:

Beneficiarios	% Gastos Administrativos y extraordinarios				
	-10%	11 al 20%	+20%	Totales	%
100.000 a 150.000	1	5	-	6	46,16
150.001 a 250.000	-	1	1	2	15,38
250.001 a 300.000	-	1	-	1	7,69
300.001 a 500.000	1	1	-	2	15,38
+500.001	2	-	-	2	15,38
Total	4	8	1	13	100
Porcentajes	30,76	61,54	7,70	100	-

El 46,16% de las obras sociales son las que tienen más de 100.000 afiliados en la muestra. De ellas 5 (83,3%) gastan entre el 11 y el 20% de sus ingresos en Administración y Gastos Extraordinarios.

Por otra parte 4 de esas obras sociales (el 30,76% del total) gastan menos del 10%; 8 de ellas (61,51%), entre el 11 a 20% y una (7,70%) gasta en Administración y Gastos Extraordinarios más del 20% de sus ingresos.

Puede advertirse que las dos obras sociales con más de 500.000 beneficiarios, según la información analizada, han gastado menos del 10% en Administración y gastos Extraordinarios.

Un detalle de alto interés. Se han analizado las obras sociales con un universo de hasta 30.000 beneficiarios; ellas representan el 90% de las obras sociales sindicales incluidas en la muestra y con información registrada para poder ser estudiadas. En tal análisis puede advertirse este ordenamiento:

Gastos Administrativos	Obras Sociales	%
-10%	35	38,5
11 a 20%	26	28,5
21 a 30%	22	24,2
31 a 40%	4	4,4
+41%	4	4,4
Totales	91	100

Sesenta y una obras sociales, el 67,03% del total de los menos de treinta mil afiliados, se encuentran con un gasto Administrativo y Extraordinario que representa menos del 20% del ingreso total. A su vez y con mayor precisión ponderativa, puede verse que casi el 40% de esas obras sociales (38,5%) gastan menos del 10% en Administración y Extraordinarios.

3. Ingresos por cápita

Del análisis efectuado sobre las obras sociales de la muestra seleccionada, esta es su distribución según valores de los ingresos per cápita indicados para el documento de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Ingresos per cápita	Obras Sociales	%
-\$10	9	7,90
\$10,1 a 20%	23	20,18
\$20,1 a 30%	27	23,68
\$30,1 a 40%	27	23,68
\$+40,1%	28	24,56
Totales	114	100

Como se observa en este cuadro, el 28,08% de las obras sociales de la muestra, tienen hasta \$20 por cápita como ingresos sociales; entre 21 y 30\$ están el 23,68%; otro 23,68% son las obras sociales que tienen un ingreso per cápita de 30 a 40 pesos y un 24,56%, que sobrepasan los \$40 per cápita.

Al estudiar el comportamiento de las obras sociales según esos valores de ingresos per cápita y los gastos administrativos y extraordinarios, estos son los resultados hallados:

Gastos Administrativos %	Ingresos per Cápita						Totales	
	Hasta \$20		\$20 a \$40		\$+40		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
-10%	13	40,62	19	35,18	12	42,85	44	38,60
11 a 15%	9	28,12	17	31,48	8	28,57	34	29,82
16 a 20%	3	9,38	6	11,11	3	10,71	12	10,53
21 a 30%	4	12,50	8	14,82	4	14,28	16	14,03
+31	3	9,38	4	7,41	1	3,58	8	7,01
Totales	32	100	54	100	28	100	114	100

Tal como se expresa en esta tabla, las 44 obras sociales que gastaron menos del 10% en Gastos Administrativos y Extraordinarios, mostraron una regularidad apreciable, si se toma en cuenta la variable Ingresos per cápita; allí se evidencia que mientras las obras sociales con un ingreso por beneficiario de \$20 a 40 gastaron menos del 10% en administrativos y extraordinarios, en un 35, 18% de ellas; las de ingresos hasta \$20 por beneficiarios que gastaron menos del 10% fueron el 40,62 de ellas y las de niveles de ingresos por beneficiarios que fue superior a \$40, representaron un 42,85% las que no llegan a un gasto del 10% en Administrativos y Extraordinarios.

Estas regularidades estadísticas se mantienen en similares rangos para las otras cuatro categorías de porcentaje de gastos Administrativos y Extraordinarios, evidenciando la muy relativa significación que la variable ingresos per cápita de las obras sociales, tienen para con los Gastos Administrativos y Extraordinarios.

El Banco Mundial no ofrece detalles de importancia para certificar justificativamente el detalle de ineficiencia que se puntualiza en el “alto costo administrativo...”, aun cuando señala como causales muy generales, el “exceso de personal (a menudo mal entrenados y no motivados), estructuras infladas y relajadas y una falta de sistema de administración y de información deficiente...”

Llama la atención la falta de precisión sobre este punto de la ineficiencia en las obras sociales, las que seguramente adolecen de multiplicidad de errores, faltas, inconvenientes, déficits, en sus funcionamientos, que debieron obligar a quienes realizaron este análisis institucional, a mostrar técnicamente los hallazgos que las definan “como plagas de ineficiencias...”. Por otra parte, esta definición resulta fundamental para indicar las correcciones necesarias, particularmente en el señalamiento de los sistemas de administración, que posiblemente formaron los núcleos centrales de los déficits operativos que debían modificarse.

En el **segundo tipo** de las ineficiencias se indica la falta de estandarización y regulación de los contratos con los proveedores, como también la ausencia de auditores médicos que hacían inadecuado el control de los prestadores de servicios, sobre todo, si se tiene en cuenta que la mayoría de las OS no mantenían un padrón de beneficiarios y los sistemas se basaban en pagos por servicios practicados. Los proveedores encontraban así un incentivo para la sobrefacturación y el desarrollo de un círculo vicioso de deterioro en las relaciones entre las OS y los proveedores y consecuentemente con la calidad de los servicios ejecutados.

En este segundo tipo de ineficiencias, expresado en el punto 10 de los Antecedentes, incorporado en la parte I: Evaluación de la Implementación del Proyecto, alcanza a enumerarse elementos de indudable peso para reconocer el deterioro que se fue desarrollando en el sistema de Obras Sociales del país y aunque en muchas oportunidades anteriores ya fueron diagnosticados, lo cierto es que como en este caso también va a suceder, solamente serán enumerados en términos generales, para después no merecer mínimas menciones ni para los objetivos del Proyecto y menos aún, para servir de base para producir acciones específicas que aborden las soluciones necesarias.

Buena parte de los elementos mencionados en este diagnóstico del punto segundo, se pueden involucrar en el capítulo que técnicamente se reconoce como, la composición e integración del Sistema Prestacional, aunque en este caso su enumeración, atiende perfectamente a los aspectos administrativos y funcionales de ese sistema, sin entrar y ni siquiera rozar, al verdadero núcleo del mismo, que se refiere a las Prestaciones Profesionales propiamente dichas y que involucran a los métodos, prácticas y acciones de Atención de la Salud de los beneficiarios.

Aquí se pone en evidencia no solo un tendencial error básico del Banco Mundial en el Proyecto de Reconversión de las Obras Sociales, que utiliza con preferencia un enfoque burocrático-funcional y por lo tanto insuficiente e ineficaz, sino que esa parcialidad del enfoque técnico, descubre la tendencia economicista de todo el operativo y relega hacia instancias y tiempos inexistentes e imposibles de alcanzar, los verdaderos objetivos del perfeccionamiento que el país esperaba en esta labor de Reconvención institucional.

Se trata de un error básico tendencial, porque se inscribe en la actitud en la actitud política fundamental del Banco, ya demostrada en multiplicidad de sus informes y disposiciones técnicas dedicadas a los países emergentes, con orientaciones específicamente distintas al cumplimiento de sus propias metas, para que tales países honren sus deudas externas, produciendo los ajustes y ordenamientos, que no por necesarios, deben ser sostenidos como el rumbo inexorable, imperioso e impostergable, es más, como el único rumbo nacional, para sostener el sistema capitalista imperante.

En este caso concreto, de este tipo de acciones que contribuyen al déficit operativo, señalado como segundo, en el mencionado punto 10 de los Antecedentes del Informe Final del Banco, deben aceptarse como presentes esos contratos, sin aspectos estandarizados ni regularizados, que en general corresponden a las reglas consensuadas por buena parte de las Obras Sociales.

Las estandarizaciones y regularizaciones inexistentes en los contratos signados con los prestadores, denuncian una falta de normalización por parte de las autoridades del sistema de Obras Sociales, al tiempo que legalizan disposiciones y acuerdos entre las partes intervinientes, que apuntan a los intereses de las singularidades, lesionando las tendencias requeridas para articular eficazmente los intereses y exigencias que deben ser comunes al sistema.

A pesar del referido enfoque funcional y de corte normatizador, que deben alcanzar contratos integralmente ponderados, con indicadores de funcionamiento y de resultados claramente especificados y de disposiciones certeras referidas a las reglas de cumplimientos de los aspectos convenidos, a pesar que tales reconocimientos se muestran ausentes o deficitariamente existentes y a pesar que el Banco tiene razón en tal enunciado de deterioro contractual institucional, llama la atención que su diagnóstico no avance con más claridad hacia la consideración de las transparencias que deberían advertirse para tales instrumentos.

Los contratos vigentes en las obras sociales, en buena medida, son una muestra significativa de las condiciones existentes en el mercado de la salud del país. Concertados entre las Obras Sociales y los prestadores, entre el Sistema de Solidaridad Social para la Salud de los trabajadores y el sistema competitivo de las instituciones que brindan las prácticas y prestaciones necesarias para esas coberturas de la atención de la salud; todos ellos se encuentran envueltos por las condiciones, que la obtención del lucro posible, coloca al menos a una de las partes intervinientes en el consenso.

Es cierto que de tal relación contractual, no es siempre esperable como inevitable, una relación perversa, o contaminada por la corrupción. Es obvio pensar que hasta la relación de lucro por tales prestaciones son legítimas y necesarias para el sistema capitalista.

También es obligatorio abandonar toda ingenuidad interpretativa y razonar en sintonía con los requerimientos crecientes de ganancias y rentabilidades que se imponen en todas las prácticas competitivas que el mundo posmoderno observa y analiza.

Allí deben ubicarse las observaciones y advertencias que sobre estos contratos está la comunidad obligada a ponderar. La historia de los últimos decenios de las Obras Sociales, de sus errores, déficits y padecimientos, están unidos al destino y ejecución de

esos contratos, aunque ellos son solo el instrumento que posibilitó la puesta en ejecución de un proceso signado por la competencia a cualquier precio, lo cierto es, que como instrumentos, sirvieron y sirven al sentido específico de la obtención de tales resultados, sostenidos por la rentabilidad del capital invertido y algo más...

Como la ley, los contratos no hacen más que otorgarle funcionalidad al ejercicio del poder social interviniente, y en este caso, de la atención de la salud en las obras sociales, los sujetos dominantes son partes ineludibles de una sociedad contaminada y orientada con los valores del modo de acumulación capitalista reinante y sus marcas y diseños, impregnan todas sus prácticas. También sus contratos, aunque en ellos primen especialmente las cláusulas secretas, ocultas, o de concertaciones inconfesables, o cuidadosa y silenciosamente pactadas, para beneficios tampoco confesables y mucho menos de exposición pública y cristalina. El Banco ha pasado por alto, olvidados, desconocidos o simplemente ignorados, a estos aspectos centrales de las contrataciones que debió estudiar para este Proyecto.

Al no hacerlo, al olvidar o dejar de lado tales consideraciones, los acontecimientos que siguieron a todo el Proyecto de Reformas, fueron claramente insuficientes e ineficaces, desperdiándose otra oportunidad para el perfeccionamiento estructural del sistema.

Los contratos criticados, seguramente con menor intensidad que la necesaria, son pruebas históricas del funcionamiento prestacional competitivo. Son en su totalidad contratos signados con el sector privado, empresarial o institucional. Cuando lo fueron con el sector público, este funcionó como vendedor de prestaciones y aunque lo fuera con algunas características particulares, en esencia, su participación prestacional también se signó por las condiciones mercantiles de la compra-venta de servicios de salud.

La libertad de competencia prestacional, del sector contratado, las empresas o entidades intervinientes, la ejercieron, como lo hacen hoy, en el marco del funcionamiento del mercado de la salud, con igual sentido y competencia que la que se propugna en el punto 6, como un elemento necesario para "...introducir de una vez..., en segmentos específicos del sistema..." a la referida competencia, base fundamental para desarrollar la teoría que indican los objetivos de la Reforma proyectada. Los contratos son una expresión administrativa de esa competencia y la historia transcurrida, muestra las propias contradicciones que son parte ineludible del mercado de la salud.

El régimen contractual competitivo, en gran medida fue parte del funcionamiento de las Obras Sociales sindicales y la calificación que el Banco hace del mismo, permite poner en crecientes dudas, la eficacia de tal competitividad, y con ello, desvalorizar ponderadamente el rendimiento social que debía esperarse de esta doctrina del liberalismo económico.

Debe llamar considerablemente la atención, el acontecimiento referido al silencio ulterior del Banco, vinculados a las prestaciones con respecto a tantas ineficacias. Las "plagas de ineficiencias contractuales", han merecido menos de diez párrafos, en las más de cincuenta páginas que conforman el Informe Final del Banco y demuestran detrás de tanto silencio, o bien la incapacidad técnica sanitaria de llegar a la

plena comprensión del proceso prestacional de la atención de la salud en las Obras Sociales sindicales; o bien una asignación de prioridades analíticas que no son las que el tema requería según nuestras apreciaciones; o bien una ineficiencia de la metodología de investigación utilizada; o finalmente (pero seguramente no la última) una decisión estratégica destinada a no deteriorar en exceso al sector privado, sobre el cual recaerá gran parte de la responsabilidad operacional del sistema sustituto que habrá de defender el Banco desde su posición ideológica globalizadora y neoliberal.

En resumen para esta segundo tipo de ineficiencias indicadas por el Banco en el referido punto 10 de los Antecedentes en el Informe Final, cuando se habla de contrataciones, se menciona a las relaciones que surgen de las vinculaciones mercantiles, entre obras sociales sindicales y empresas o instituciones privadas del mercado de la atención de la salud. Una de las partes, es el sector de la competitividad, el que compone ese mercado prestacional de la salud. Si las obras sociales “estaban plagadas de ineficiencia...”, y de los contratos se trata, el mercado tiene una inexorable responsabilidad causal en la determinación de tanta ineficiencia. El mercado también es parte y de alta significación en estas plagas de ineficiencias y su presencia y acción pone en grandes dudas, sus capacidades como partes de las soluciones que le asigna el banco para intervenir en los sistemas de salud; al menos con eficiencia social.

El **tercer tipo** de las ineficiencias de las que están “plagadas” las obras sociales, según apreciaciones del Banco Mundial, está dirigido a indicar dos aspectos del funcionamiento institucional de las mismas y apuntan hacia la ratificación de la vocación privatista que el Banco preconiza, para determinar las prestaciones sanitarias-sociales hacia los beneficiarios de esas obras sociales

a). Para el Banco, muchas de las clínicas de salud pertenecientes a las obras sociales consideradas, “ofrecían servicios de baja complejidad a altos costos...” agregando la institución financiera internacional, que dichos servicios “podían haber sido contratados afuera de una mejor calidad y precio...”.

Al utilizar un ponderado juicio crítico sobre el punto señalado por el banco, se debe remarcar importancias valorativas que ratifican la condición ideológica fundamental de esa entidad financiera. En tal sentido, resulta inadmisibile que este informe final de implementación del Banco, dirigido a las autoridades oficiales del país, utilice como precisión para referirse a las clínicas pertenecientes a las obras sociales, que ha estudiado, al parecer determinadamente, un simple y abarcativo adverbio de cantidad, **muchas**, colocando en realidad, una desvalorización científica a su razonamiento, que no puede dejar de mencionarse, sobretodo porque el Banco apunta a los servicios propios de las obras sociales incluidas en su juicio.

De esta forma, cuando es imposible certificar con exactitud, cuantas son esas “**muchas**” de las clínicas indicadas, que ofrecen servicios de baja complejidad y altos costos, lo cierto es que el Banco con vocación ideológica neoliberal y actitud capitalista competitiva, presume que esos servicios pudieron haber sido prestados, en servicios contratados, a una mejor calidad y precio.

El Banco define su estrategia en este tercer tipo de ineficiencias de las obras sociales, a favor de la oferta privada, asumiendo a priori, una mejor calidad prestacional y mejores precios por parte de dicho sector. Es necesario recordar una vez más, que ese sector es el mismo con quien se habían suscrito los contratos que se criticaban en el punto segundo de esos tipos de ineficiencias, que ya se han mencionado y que el Banco recordaba.

En este caso y teniendo en cuenta que al hablar de las clínicas pertenecientes a las obras sociales, se hace mención a la capacidad instalada de las mismas, no parece muy constructivo aconsejar la caída de esa capacidad operativa, por las ineficiencias que se apuntaban (baja complejidad y altos costos), antes de producir medidas, o aconsejar procedimientos y correcciones que pudieran optimizar esos servicios.

El banco sigue decidido a la privatización de las prestaciones requeridas y prefiere negar este camino de las prácticas propias, indicar la puesta en vigencia de servicios privados contratados, dice en una jerga técnica desusada, “contratados afuera...”, suponiendo que por el solo acontecimiento de tratarse de clínicas privadas, comerciales y competitivas, es posible garantizar calidad y precios.

Nuestra historia empresarial del sector sanitario privado, no responde, al menos en su totalidad, a esas garantías de calidad y precios y por tal experiencia, reiteradamente conformada, se puede afirmar que en nuestro caso, el Banco realiza una indicación, sin fundamentación teórica, ni corroboración científica. El Banco procede así, desde una apreciación ideológica sesgada y de baja confiabilidad institucional, que pone en evidencia una falta de ponderación técnica de los funcionarios intervinientes.

Se trata de las unidades de administración del territorio para Argentina, Chile y Uruguay; de administración del sector Desarrollo Humano de la Oficina Regional de América Latina y el Caribe, quienes basaron sus estudios en el propio informe de los Prestatarios y discusiones con los coordinadores del Proyecto, así como el material del Banco y archivos de proyectos de la unidad de coordinación de proyectos.

b). Finalmente, para este tercer tipo de ineficiencias, el Banco vuelve a señalar, con las impresión y debilidad técnica ya comentada para los puntos indicados precedentemente que “**muchas** obras sociales eran dueñas y manejaban complejos de recreación y turísticos que operaban con déficits, tomando fondos de sus servicios de salud...”.

Si no fuera por la caracterización ideológica de esta última afirmación, que denota desconocimiento histórico, fragmentación intencionada de la conceptualización de la salud y especialmente, falta de racionalidad técnico-científica para la comprobación de las causales estructurales que justifiquen esta situación institucional, debería asignársele al Banco Mundial una filiación discriminatoria y elitista, alejada totalmente del espíritu solidario y de equidad social, que inspiró la política nacional de la Seguridad Social, para las Obras Sociales, como instituciones de los trabajadores argentinos, partícipes de la consideración integral de la justicia social.

Referencias para el INSSJP

El punto 11 de los Antecedentes de la Parte I, de la implementación del proyecto, está dedicado a la situación del Instituto de Jubilados y Pensionados.

En este punto, se destaca la deuda del Instituto con los proveedores, que al final de 1995 llegaba a un total de 521 millones de dólares. A la misma debía agregarse otro total de 431 millones de dólares, adecuados a las instituciones públicas y financieras, por lo cual la deuda total en ese momento llegaba casi a los mil millones de dólares (US \$ 952 millones).

La falta de sistemas adecuados de contratos y financieros, hacían dificultosas las informaciones sobre las deudas a los proveedores, planteando, el Banco, que son varias las razones del déficit operatorio del organismo de atención de la salud de jubilados y pensionados.

Para el **primer aspecto** de tales razones, se menciona la existencia de prácticas inconsistentes e inadecuadas con los proveedores, anotándose como ejemplo de esa razón, la existencia de costos de prestaciones que variaban significativamente entre proveedores de una misma ciudad.

También en el caso del INSSJP, debe recordarse que la inconsistencia y la inadecuación de las prácticas con los proveedores, están regidas por las condiciones de bilateralidad que están instaladas en contratos convenidos bajo los regímenes de la competitividad del mercado de la salud.

El Banco al indicar esas inconsistencias e inadecuaciones con los proveedores, ha producido una calificación conceptual muy alejada de las circunstancias básicas, del desarrollo de las condiciones consensuales que rigen tal bilateralidad mercantilizada de la salud para el sector.

De esa forma y con tal calificación general, el banco deja en las brumas de esa definición, al conjunto complejo de circunstancias que enturbian esos acuerdos. Al proceder de esta forma, solo actúa empíricamente y así, lesiona los requerimientos mínimos necesarios para dilucidar el verdadero sentido de esas operaciones competitivas.

La **segunda razón** del déficit operativo está radicada por este informe final, en el pago de beneficios no médicos a beneficiarios que no contribuían al INSSJP, adjudicándole a este la responsabilidad para financiar un cómputo de programas sociales **no** médicos, referidos por ejemplo, a contribuciones alimentarias, a fondos para respuestas ante situaciones de pobreza. El Banco señala que dichas acciones programáticas se debieron ejecutar por parte del Instituto, sin la correspondiente transferencia de recursos.

No cabe dudas que la cobertura de prestaciones, sanitarias y/o sociales, sólo pueden ser ejecutadas con eficacia institucional, si cuentan con el respaldo financiero que las mismas requieran, en orden a principios elementales de administración de servicios que no pueden ser vulnerados.

De todas formas es prudente advertir que esos principios elementales de administración, deben estar articuladas con las decisiones de políticas sociales que referidas a los beneficiarios incluidos en esas prestaciones (comida, pobreza), el Estado tiene la obligación a cubrir de la forma más eficiente posible. Se trata de reconocer que esas prestaciones, involucran global e integralmente a significativos grupos de población, quienes deben ser respetados en sus fundamentales derechos asistenciales y de ninguna manera considerada como partes fragmentadas de una realidad social, que exige medidas racionales para sus requerimientos.

En realidad el Banco puntualiza equivocadamente las responsabilidades asistenciales de estos beneficiarios. No es el INSSJP el responsable de financiar estos programas sociales no médicos; esa responsabilidad le corresponde al Estado nacional y el INSSJP, no debería ser más que el ejecutor de dichas prestaciones, bien solicitando el respaldo financiero que el Estado debe proveer para tales objetivos; o bien contribuyendo con esas autoridades estatales, al destino orgánico que le debe corresponder a esos beneficiarios para recibir tales servicios, en caso que una política social integral así lo considere prudente y eficaz.

La política en marcha, le adjudicó el INSSJP esa responsabilidad ejecutora y el Estado debería cumplir con su responsabilidad financiera sobre esta particular, o en caso de corresponder y con seguridad administrativa demostrada, extenderle al Instituto el cumplimiento de tales prácticas sociales. El Estado tiene autoridad política y programática para cumplir eficazmente con esa distribución de funciones y no es el banco el que hegemónicamente debe disponer sobre tal asignación de responsabilidades. Él puede recomendar la ejecución de acciones armónicamente dispuestas para esas finalidades, pero es el Estado en definitiva quien involucra en el proceso integral la atención de esos beneficios sociales a los beneficiarios incluidos en tales prestaciones.

La **razón tercera** del déficit operatorio del Instituto, el Banco la asigna a un gasto farmacéutico de un nivel alto y descontrolado, con ineficaces contratos con proveedores y con los sistemas de coseguros, así como también, con la existencia de una lista excesivamente extensa de drogas subsidiadas.

También esta tercera razón del déficit, se presenta con tanta falta de precisión y con tal extensión apreciativa, que vuelve a obligar a pensar en la incapacidad de los funcionarios intervinientes por parte del banco, para con las operaciones fundamentales de las prácticas de Atención de la Salud que el Instituto debe proveer.

A efectos de hallarle justificativos y certeza a esta razón enunciada como "...gasto farmacéutico de un nivel alto y descontrolado...", sería oportuno que el Banco indicara qué entiende por gasto alto y descontrolado, teniendo en cuenta que tal diagnóstico de situación ha de servir para justificar las medidas correctivas que deben articularse.

De todas formas todo gasto en medicamentos, elevado y descontrolado está producido por el elenco profesional interviniente, sobre el cual actual elementos determinantes de alta capacidad de incidencia sobre dichas prescripciones médicas, para una realidad nacional, que no parece tener sensibilidad especial para las regulaciones técnico-científicas del negocio de los medicamentos.

Su conducta prescriptiva, además de estar seriamente ligada a las influencias crecientes del marketing empresarial del medicamento, se une también a la estructuración del acto médico y de las relaciones médico-pacientes, que cada vez se alejan más de una práctica histórico-social de alta especificidad social para irse convirtiendo en una formulación más, del componente de mercantilización que engloba a la atención de la salud en nuestra comunidad, regida por la consideración de dicho acto, como la adquisición de una mercancía, en la que sus protagonistas degradan esa categorización histórico-social expresada.

No es atrevido pensar que en plena acción de un capitalismo globalizado y de libertades irrestrictas para el ejercicio empresarial, orientado hacia el crecimiento de las rentabilidades que permite ese modo de acumulación despiadado, sean las propias empresas transnacionales del medicamento las que determinen sin ambages, tanto gasto farmacéutico, elevado y descontrolado. Así mismo tampoco es descabellado advertir, determinaciones directas de esas transnacionales, o de sus aliados locales, para la pobreza de los diseños contractuales, como para influir sobre las listas extensas en exceso de drogas subsidiadas, que facilitan su utilización indiscriminada.

El banco se atreve a un diagnóstico impreciso y de escasa ponderación técnica, en esta razón del gasto farmacéutico y procede ulteriormente sin rigor institucional, permitiendo suponer que seguirá fiel a la procedencia de las determinaciones empresariales de las transnacionales del sector. En esta consideración, las decisiones para el Instituto en materia de medicamentos tendrán solo apenas programáticas medidas formales, de escasa valoración económica y de ninguna intensidad técnica, que abarque una responsabilidad indicativa orientada a transformar el sentido mercantil de la utilización del medicamento.

La **cuarta razón** del déficit operativo, se refiere al exceso de personal, indicándose que en 1995 el Instituto contaba con 14.500 empleados.

Tampoco ha sido muy importante el análisis técnico que respalde tales calificaciones de exceso de personal, ni se encuentran en tal diagnóstico, ponderaciones específicas para descalificar la situación de eficiencia operativa que puedan representar las prácticas de esos 14.500 empleados.

El diagnóstico de exceso, que se extiende en general para todo el sistema de obras sociales funcionando, parece más un argumento para el diagnóstico económico financiero de los Institutos, que una valoración del significado de la utilización racional de los Recursos Humanos disponibles en cada caso.

El Banco no ha otorgado ninguna ponderación técnica apreciable para con la eficiencia científica de la fuerza laboral al servicio de los beneficiarios. Solo se ha remitido al peso financiero de la masa de empleados que funcionan en las obras sociales e Institutos y sus medidas correctivas estarán dirigidas precisamente a la contención del gasto en personal, sin sostener este objetivo más allá de esta consideración financiera.

La **quinta razón** del déficit operativo está dirigida a la falta de responsabilidad y de sistemas internos de control.

Tal como se observa en la propia redacción diagnóstica, el Banco ha dejado detrás de esta imprecisión, puntualizaciones que hubieran comprometido su posición con respecto a las directivas y responsabilidades del Gobierno, desde el momento que esas faltas de responsabilidad y de controles internos, deberían apuntar al propio Gobierno Nacional que ejercía el Gobierno del Instituto, precisamente desde el ejercicio de las intervenciones que decretadas por el Poder Ejecutivo, cumplían las ordenes emanadas del mismo. Alguna vez ese ejercicio del Gobierno del Instituto apareció en manos de autoridades al parecer desprendidas de las órbitas estatales y hasta con las calificaciones de autoridades autónomas (presidente y directorio institucional). Sin embargo la realidad efectiva de esas autoridades, sobretodo de las últimas correspondientes a la etapa final del Gobierno del Presidente Menem, mostró elocuentemente la última vinculación política-funcional con esa presidencia.

De esa forma, la oscuridad por parte del Banco, de su quinta razón del déficit operativo, no hace más que ratificar el lineal sentido circunstancial del diagnóstico, sostenido a un ritual de acatamiento solapado a tal Gobierno Nacional, restándole transparencia y efectividad, a las consideraciones técnicas del organismo financiero internacional. El poder también es capaz de circunstanciar sus decisiones, cuando estas deben adaptarse a condiciones locales que sirven para no desprestigiar a quienes son sus aliados ideológicos en ejercicio del poder local.

Esta quinta razón del déficit operativo para la situación del INSSJP, corresponde al cómputo de elementos que la opinión pública del país considera como de considerable magnitud, habiéndole asignado a las autoridades que dirigieron buena parte de los últimos diez años del Instituto, con dependencia directa del Poder Ejecutivo Nacional, reconocida responsabilidad en tal déficit y en el mercado deterioro institucional, que arrastró a sus beneficiarios jubilados, a una situación de indefensión que aún no ha concluido.

El Banco en su diagnóstico dice lacónicamente para esa quinta razón del déficit operativo: “una falta de responsabilidad y de sistemas internos de control...” y al no completar con argumentos de la propia realidad, la fundamentación de esa razón, arrastra a los interesados sobre este particular, a una incertidumbre que tampoco ha concluido para estos días. Estas brumas y oscuridades diagnósticas, resultan sorprendentes en un organismo internacional, que viene a imponer reformas básicas al sector y lo hace, al menos en este Informe Final, en condiciones que complican su propia transparencia y coherencia técnico-política.

Objetivos del proyecto

Los objetivos expresamente indicados por el Banco, se refieren al “soporte a la primera fase”, del Programa de Reversión de las Obras Sociales.

El Informe Final que se está analizando, señala que se trata de la implementación del Proyecto de Reforma de los Seguros de Salud para la República Argentina y hasta este momento de la redacción del mismo, página 14, no se ha especificado que pueda tratarse de varias fases de desarrollo, como hace suponer la afirmación transcripta, como “soporte a la primera fase”.

De todas formas, la lectura detenida de los objetivos del proyecto, sorprenden por la reducción de las aspiraciones de las partes firmantes del préstamo 4002/3, en lo que hace a producir las transformaciones que el sector de las Obras Sociales nacionales requieren conforme la situación crítica que indicaba el diagnóstico para la Evaluación de la Implementación del Proyecto, que se ha comentado.

Esta reducción de los objetivos, parece el precio que es necesario pagar, para condicionar los intereses del Gobierno Nacional, frente a la situación política interna y las perspectivas de eficiencia que el Banco debe mostrar, en tiempos de aceradas críticas mundiales sobre sus errores en muchos lugares del mundo en los que ha debido actuar y lo ha hecho, sin lucimiento alguno, o al menos con déficit elocuentes para las políticas ordenadas por dicho Banco Mundial.

El soporte mencionado incluye los siguientes puntos de reconversión de las obras sociales; como objetivos políticos.

- a) Introducir la competencia en el mercado de la salud
- b) Producir la redistribución automática del Fondo Solidarios de Redistribución.
- c) Desarrollar un marco regulatorio efectivo para promover la competencia, Asegurar transparencia y responsabilidad para ayudar a promover los derechos de los consumidores.

Esta reconversión de las obras sociales nacionales consistirá en tres componentes.

- 1) Reforma de políticas y regulación.
- 2) Reconversión de las Obras Sociales.
- 3) Reconversión del INSSJP

Para el primer componente, el de la **Reforma de Políticas y Regulación**, fueron previstas las siguientes medidas que dieran cumplimiento a los objetivos políticos indicados.

- a) Legislación para introducir la competencia en el mercado de Obras Sociales y el INSSJP.
- b) Elaboración del padrón de beneficiarios.
- c) Estandarización de los beneficiarios del PMO para todas las obras sociales y las prepagas.
- d) Redistribución objetiva para el Fondo Solidario de Redistribución.
- e) Creación de una agencia regulatoria única, de una ley regulatoria de protección al beneficiario y proyecto regulatorio para las Prepagas.

Tal como lo indican los objetivos para la reforma de Política y Regulación en cumplimiento de los mismos, el Banco reafirma su vocación en defensa de la libertad del mercado, propia de su ideología dominante neoliberal, con insistencia machacona y sin ofrecer argumentaciones técnico-científicas, que justifiquen la idea, que el sector salud, también es tributario de las excelencias que el capitalismo enuncia para la libertad de mercado con mercancías que conforman su mundo de negociación material.

El recorrido de las páginas precedentemente observadas, cuando el Banco analiza la situación diagnóstica del sector de las Obras Sociales nacionales, es el mejor argumento para seguir dudando de sus afirmaciones en defensa de la libertad de mercados de la competencia entre sus componentes, como el camino de la eficiencia de sus actividades. Todo los inconvenientes, errores, perversidades, allí consignadas por el propio Banco Mundial, en su inmensa mayoría, han sucedido en el medio de los mercados, que fueron sucediéndose desde las prácticas que alentaron los integrantes del sector privado prestacional.

El diagnóstico, aunque escondía parcialidades interesadas, aunque no utilizó precisiones necesarias, se enredó en esas prácticas oblicuas del mercado y sus integrantes, razón por la cual es casi incomprensible que los objetivos del proyecto insistan constantemente, con esa libertad del mercado, con las libertades de las competencias para lograr superar las crisis que el propio mercado ha ocasionado con sus complicidades y vocaciones de apetencias incontrolables hacia el lucro y las ganancias buscadas sin reparos mínimos, compartiendo culpabilidades y perversiones con buena parte de los integrantes de los elencos con quienes suscribieron sus consensos institucionales.

Es necesario remarcar que el documento final que se analiza, en el punto final, el 19, de los objetivos del proyecto, en su párrafo también final, de la página 15, expresa que el Programa coincidía con la Estrategia de Asistencia del Banco para la Argentina, discutida por los Directores Ejecutivos el 24 de abril de 1997 y actualizada el 4 de noviembre de 1998, la que "...enfaticaba la ayuda de la institución para crear un entorno competitivo para las obras sociales..."

Este párrafo señala sin rodeos, tanto la teoría, como la metodología hacia las cuales se dirigían los objetivos del Banco: la competitividad en todas sus expresiones, como espíritu esencial para la afirmación enfatizada, de la libertad de mercados, para las prestaciones de salud en las Obras Sociales.

Tanto el Banco como el Gobierno Nacional, se mostraban así, celosos defensores y fieles cumplidores de las bases principistas y de las disposiciones operativas que el Consenso de Washington determinaba para los países emergentes; esos mismos países a los cuales tal ordenamiento de Washington, le asignaba el cumplimiento inexorable de los pagos de la deuda y la apertura de sus prácticas económico-financiera-sociales al espíritu insoslayable del neoliberalismo dominante.

Desde entonces, Argentina cumple con tales imposiciones determinantes de sus políticas esenciales y en salud y en Obras Sociales, ese cumplimiento se cierge ejemplarmente, con el Proyecto de Reforma de los Seguros de Salud que el Banco ha dictado para el cumplimiento de los préstamos 4002/3 A. R.

Cumplimiento de los objetivos.

El Banco expresa en sus consideraciones generales con respecto a los logros de los objetivos, que el préstamo fue totalmente desembolsado en el transcurso de dos años y medio y pueden evaluarse como “satisfactorios los logros de los objetivos...” aunque algunos de ellos deben ser completados. Pero en sus juicios de resumen, el Banco irá aún más lejos y dirá que los préstamos dieron apoyo a la introducción “...de cambios revolucionarios e irreversibles en el sistema de salud...”, que afectaban, agregan, “...a muchos grupos de poder político...”. Como puede advertirse la redacción de estos párrafos no se caracterizan por su exactitud y claridad, sobre todo por lo de “revolucionarios e irreversible” y en cuanto a cuales grupos de poder político se refiere, como afectados por dichos cambios capaces de producir, dichas dimensiones ponderativas.

Por otro lado y al producirse un año desde la prestación de este Informe Final de Implementación, dirigido por el Banco a las autoridades nacionales, el Sistema de Atención de la Salud de las Obras Sociales sindicales, motivo de estas actuaciones, evidencian escasos progresos operativos y muchas de ellas siguen padeciendo las vicisitudes funcionales por las que ingresaron al Proyecto de Reforma, haciendo notorios los efectos, que una situación compleja y deteriorada en los socioeconómico viene causando sobre tal sistema.

El Banco hizo un diagnóstico de situación precario e insuficiente; utilizó una teoría político-social, propia de su ubicación neoliberal estrecha para con sus proposiciones, alejadas de toda comunicación significativa con los beneficiarios y con las organizaciones representativas de los mismos; impuso prácticas y estrategias desplegando una clara actitud dominante y termina elogiando al Gobierno argentino por lo que hizo, más y mejor que los gobiernos que se habían comprometido en reformas similares, destacando la celeridad de implementación del mismo y la forma en que logró “campear los riesgos importantes inherentes a un proceso de cambio radical como éste...” (pág. 15, punto 20).

El propio Banco señala que los logros obtenidos a la fecha deben ser considerados como el primer paso crítico de un proceso de reforma que tomará varios años más.

Frente a tal convencimiento resulta sorprendente que el Gobierno argentino no haya dado intervención directa a los representantes del pueblo componentes del Poder Legislativo, teniendo en cuenta la propia calificación de los cambios propuestos y sobre todo la condición de “primer paso crítico” de un proceso reformador que tomará varios años más y de cuya entidad, objetivos, modificaciones y sentido socio sanitario, el país no tiene información, como no la tienen las organizaciones sindicales que integran las obras sociales involucradas en el proyecto.

En este caso, los gobiernos han cambiado de signo político, pero las prácticas de participación y comunicación con el pueblo, siguen siendo altamente deficientes y de una oscuridad casi impenetrable, al parecer utilizadas para lograr el cumplimiento de objetivos y de metas que no son exactamente los de los trabajadores, los legítimos dueños de esas Obras Sociales y de cuyo destino el Banco está disponiendo, con una

“reforma que tomará varios años más...” y que al parecer, debe contar con la anuencia del Gobierno argentino, del nuevo signo político de la Alianza.

Primer componente de la Reversión: Reforma de Política y Regulación

Entre los logros de los objetivos correspondientes a este primer componente de la Reversión, el Banco consigna los siguientes:

1. Competencia entre Obras Sociales

El propio Banco califica de “...el cambio fundamental en el Sistema de Seguros de Salud en la Argentina...”, a la introducción de la libre elección de obra social por parte de los afiliados, que se puso en marcha a partir del 1° de enero de 1997.

Este “cambio fundamental” para el sistema puede medirse con cierta exactitud y sus valores pondrán elocuentemente en evidencia, la escasa significación estadística del mismo, que conforme lo expresa el propio informe del banco a marzo de 1999 sólo el 7% de los afiliados a la Obras Sociales nacionales, cambiaron de obra desde la implementación de la libre elección.

Estas cifras de los cambios de afiliación, han sido actualizadas a mayo de 2000, es decir, a un año del Informe Final del Banco, por lo tanto a un año de haber concluido la entidad financiera internacional sus operatorias para las reformas del sistema y las mismas expresan que han sido 490.000 los afiliados que se traspasaron de entidad.

Con estos valores, luego de casi tres años y medio de la implantación de la libertad de afiliación, que comenzara el primero de enero de 1997, han cambiado de obra social solo el 10,8% de la totalidad de los afiliados al sistema.

Este nivel de traspaso merece aún, una serie de consideraciones específicas, que hacen aún más advertible el error estratégico del Banco, al haber considerado como “cambio fundamental”, esta medida que apuntando a la libre elección del afiliado, contenía un fuerte sentido patético de parte del Banco, para vulnerar la integridad sindical, expresada en la adhesión y sentido de pertenencia de los trabajadores a sus organizaciones de clase.

Solo el 10,8% de los afiliados ha cambiado de obra social y ante estas cifras es oportuno recorrer algunos de los temas que hacen más claro aún, al menos el error de apreciación social que ha cometido el Banco, al tiempo que permitirá medir aunque más no sea parcialmente, la convicción de clase que sostiene la vocación de pertenencia de los trabajadores con su sindicato.

El 10,8% de los cambios, los 490.000 traspasados, corresponden a las cifras brindadas por la Superintendencia de Servicios de Salud, a mayo de 2000, casi tres años y medio después de iniciado el proceso flexibilizado de las afiliaciones. Si se aplican sobre esos valores, las razones esgrimidas para los cambios, que surgen del informe final y que se referían al mes de marzo de 1999 y cuando esos traspasos llegaban a 278.000 trabajadores, se podrá advertir en la proyección a mayo de 2000, que más de

176.000 afiliados habrán cambiado de obra social, bien por cambio de trabajo y/o por acceso geográfico más fácil a los servicios médicos, es decir, por motivaciones justificables en causalidades ajenas a la calidad, estilo y condiciones de las obras sociales que se abandonan.

En sentido contrario y computando al resto de los trabajadores, como imputables a insatisfacciones con la oferta de servicios, o con condiciones desfavorables de los mismos y de las organizaciones que las brindan y que no pudieron ser olvidados por el sentido de pertenencia a la O. Social o por la amplitud de comprensión que pudiera involucrar una decidida vocación de conciencia de clase, en tales condiciones de irremediable rechazo quedarían 223.600 afiliados cambiando de obra social. En términos porcentuales implica que el 4,9% de los afiliados han dejado su obra social de origen y roto su ligazón de “pertenencia original de clase”, para optar por otro destino de cobertura y un desprendimiento con la organización sindical cuya representación en el campo de la salud, cubría sus expectativas y requerimientos.

Esta maniobra esencial del Banco, sostenida desde la ideología neoliberal y concertada en el bloque teórico de la libertad para la demanda, expresa sin rodeos, un fracaso de la entidad financiera y de su planificación para la competitividad, al tiempo que muestra que todavía en medio de las más fuerte de las ofensivas del capitalismo globalizado, el sector sindical, aun con el deterioro político, económico, social y hasta ético que puede mostrar, ha tenido en este caso una prueba elocuente de la persistencia en su consistencia y cohesión solidaria, ofrecida por sus componentes, frente a esa maniobra de fuerte relevancia destinada a lesionar claramente el despliegue real del poder de los sindicatos involucrados.

La segunda consideración específica se refiere a la propia afirmación del Banco en lo referente a las fracciones predominantes de los trabajadores que optaron por el cambio. En tal sentido las cifras estadísticas demuestran que cerca de los dos tercios (64%) de los trabajadores que ganaban más de \$2000 optaron por una nueva obra social, en tanto que solo el 13% de aquellos que ganaban menos de \$1000 cambiaron de Obra Social.

Hay en estos datos de la realidad, valiosos elementos que permiten advertir conductas sociales que indican tendencias políticas, ideológicas, de ubicación de clase, de ejercicio de poder, en fin, que hacen del campo de la salud un apreciable territorio del conflicto social, cuyo dominio objetivo por el capitalismo globalizado, no ha podido ser definitivamente conquistado.

Al estudiar algunas de las motivaciones que se encuentran detrás del acontecimiento, de que la población de mayores ingresos ha ejercido perfectamente esta elección libre de obras sociales, puede evidenciarse con alguna certeza la diferencia de intensidad que expresa el sentido de pertenencia de ese universo, a la organización de clase a la que pertenecía. Esa población ha seguido la regla de la libertad que le posibilitaba el Banco y favoreció así, con su abandono de la Obra Social, al debilitamiento de esa organización. La libertad de elección, apuntaba al sentido competitivo en el interior de las OS y ratificaba uno de los principios de la competitividad del mercado, al defender la libertad de la demanda para la elección de la oferta de mercancías, medidas en servicios de salud.

Esa competitividad interna, se enfrenta con el sentido solidario de clase y de pertenencia a la misma organización sindical que expresa su identificación con el lugar de trabajo. La libertad de la demanda configura su lucha, desde el liberalismo, contra la cautividad solidaria de los afiliados, unidos con vocación de compresión social. El Banco expresaba una parte decidida de esta educación, la de la libertad de elección, contra la cautividad solidaria que otorga la unidad del trabajo.

La realidad muestra que la enorme porción de los trabajadores han decidido permanecer en sus organizaciones solidariamente y entre los que han dejado tal organización, sus Obras Sociales de origen, en gran medida pertenecen a los empleados y trabajadores de mayores ingresos. Puede expresárselo de otra forma, indicando que los afiliados de mayores ingresos personales, de más de \$2000) han sido los de mayor porcentaje de cambio de institución del seguro. Su proximidad económica y seguramente social, con otras clases sociales ampara sus decisiones de cambio, porque al formar parte de otros niveles de estratificación social, también se encuentran en condiciones de dejar sin grandes dificultades, sus lugares de pertenencia real. Los niveles de ingreso, aparecen como inversamente proporcionales, a tales pertenencias de clase.

Pero hay todavía otra argumentación interesante. El mercado de las OS sindicales nacionales, había sido infiltrado oportunamente por un número apreciable de prepagas, es decir, un número importante de entidades financieras privadas, habían logrado entrar en sociedad con algunas Obras Sociales sindicales, introduciendo en las mismas sus planes privados de salud, produciendo también oportunas ofertas de servicios, por intermedio de valiosas operaciones de marketing, definidamente dirigidas a esa población de mayores ingresos, potencialmente interesada en el cambio de Obra Social.

No es necesario exagerar la perspicacia en los juicios críticos con respecto a esas operaciones desarrolladas por las entidades financieras privadas introducidas en el sistema, con la complicidad, al menos por omisión, de las autoridades superiores de dicho sistema de Obras Sociales, para percibir cuanta práctica oscura y de perversidad institucional debía ejercerse para completar este negocio de las entidades privadas, en búsqueda de mayores ingresos, claramente a cualquier precio y con asociaciones mercantilizadas de cualquier signo.

La migración auspiciada de la población de altos ingresos a las Obras Sociales incentivadas con estas perversidades de las organizaciones privadas de salud y con las complicidades señaladas, se ha producido, pero sin embargo, como queda dicho, su significación en el programa global del sistema aparece como mínima y con marcado aire de fracaso para el operativo del “cambio fundamental” que anunciaba al Banco.

Una vez más será necesario marcar que esas entidades de Prepagos Privados, habían sido envueltas oportunamente en el despliegue del capitalismo globalizado hacia el sector salud, en las redes financieras de determinados fondos de inversión extranjeros, que le otorgaron a esas entidades la evidente categoría de empresas especulativas.

Su especulación se dirige hacia la obtención de fáciles y rápidos niveles de obtención de rentabilidades, como las AFJP y las ART anteriormente, en torno, no tanto

al negocio especulativo de la salud, como a la colocación ventajosa de los fondos sociales, que surgen de la obtención de ese incremento selectivo de afiliados y de allí de los aportes sindicales correspondientes. El capitalismo globalizado, con sus empresas privadas financieras en el campo de la salud, persisten obligadamente en la apropiación de esos fondos sociales, parte esencial de los salarios de los trabajadores y con su manejo y administración especulativa, ratifican su ubicación predominante en el conflicto real del ejercicio del poder social integral, orientado a la apropiación creciente de la plusvalía, que garantice el modo de acumulación que esta globalización capitalista ejerce.

2. Fondo Solidario de Redistribución

El objetivo de este aspecto de la reforma consistía en lograr evitar que las obras sociales, con alto riesgo, por bajos ingresos, no lograran cubrir el Programa Médico Obligatorio a sus beneficiarios, para lo cual se planteó el cambio de los mecanismos de Redistribución del Fondo Solidario.

Para el cumplimiento de tal objetivo, sería necesario cubrir tres aspectos intermedios:

- a) Establecer un programa standard de beneficios que respondiera a los requerimientos fundamentales de la atención de la salud del afiliado. Tal conjunto se lo denominó el Programa Médico Obligatorio (PMO) y es el que está en vigencia para las Obras Sociales nacionales.
- b) Obtener una adecuada base de datos de la población, elaborando un padrón integral de beneficiarios.
- c) Determinar un proyecto y puesta en marcha de los mecanismos y acciones de redistribución que le otorgue compensación económica a las OS que tengan diferencias en los ingresos con relación a los gastos prestacionales y otros factores de riesgo en sus beneficiarios, como ser, edad, sexo, residencia.

El cumplimiento de estos objetivos puede considerarse como logrados en buena medida, mostrando así que el Banco cumplió con cierto margen de éxito, estas metas que tenían un importante componente administrativo-burocrático.

Así debe señalarse como realizado con eficacia, el establecimiento del programa estandarizado de prestaciones médicas (PMO), que por Resolución N° 247/96, a instancias del Banco Mundial, dictara el Ministerio de Salud y Acción Social, para todos los agentes del seguro involucrados en las leyes 23.660/23.661.

En un análisis crítico, referido a los cuatro años de aplicación de la resolución mencionada, el PMO en vigencia muestra algunos inconvenientes, tanto en su claridad para involucrarlo, como en las tendencias teóricas y operativas que de esa resolución así resultan.

En primer término debe ser señalada la fuerte inclinación asistencial de dicha resolución, que sostiene de esa forma la modalidad predominante en la Atención de la Salud vigente en las Obras Sociales.

Por otra parte, las disposiciones preventivas señaladas, presentan o bien déficit de redacción, o bien errores técnicos de caracterización e integralidad, que no hacen más que ratificar la tendencia asistencial indicada, a la que debe sumarse, la inclinación biológica que también surge de la misma y que contribuye en gran medida a la ratificación cristalizada de un modelo prestacional que lo menos que requiere es su transformación. Esta resolución ha perdido esa oportunidad, pero la misma es la consecuencia de una práctica profesional médico céntrica, individualista, biológica y de alto compromiso de medicalización.

En la composición específica de la disposición N° 247/96 en el capítulo de cobertura, se indica las normas referidas a **Atención Primaria** y en su redacción se señala que la misma debe contemplar los programas generales de promoción y prevención, en coincidencia con los implementados por la autoridad de aplicación jurisdiccional, agregando que se debe tener en cuenta los programas especiales según grupos de riesgo.

En la falta de claridad de esta definición y en la amplitud de las acciones que podrían estar ligadas, a las implementaciones que las autoridades de aplicación desarrollen, se pueden valorar las deficiencias evidentes que las Obras Sociales han mostrado sobre estas coberturas de Atención Primaria, que en términos generales, han terminado exclusivamente, o en preponderancia terminante, a corresponder con las prácticas del denominado Plan Materno Infantil, aunque también parcial y tendencioso.

Es prudente señalar que en la enunciación de la Atención Primaria, la resolución comete un error de precisión técnica, en cuanto indica como prácticas las de “promoción y prevención”, sin rigor categorial en tanto incluye como categorías de similar nivel a la promoción de la salud y la prevención de la misma, cuando en todo caso, la prevención de la salud incluye a la promoción, como a la protección, la recuperación y la rehabilitación, solo que en los diferentes niveles de la prevención pre y pos patogénica.

El déficit técnico y de claridad, para este capítulo de la cobertura del Programa Médico Obligatorio, ha proyectado su infravaloración sobre este significativo capítulo de la Atención de la Salud en las ejecuciones concretas de las prácticas, que deben incluirse en un certero Programa Preventivo de la Atención de la Salud y dado el tiempo transcurrido desde su sanción es conveniente producir una nueva norma sobre el particular. De todas maneras la resolución transformadora debe comenzar por la propia designación de las acciones a normatizar, en el sentido primario y decisivo de abandonar la concepción medicocéntrica de la resolución 247/96 y definir un Programa de Atención de la Salud obligatorio y funcional a los objetivos fundamentales de las Obras Sociales nacionales.

En ese mismo sentido deben normatizarse acciones de prevención primaria prepatogénica, orientadas a la cobertura de tales prácticas en el enfoque destinado a la atención de la salud de la patología prevalente; de la salud dental; de la salud mental; de la salud de los trabajadores, de los adolescentes y de la tercera edad. Tal prevención primaria debe afirmarse como el eje fundamental de un cambio en el modelo prestacional de las Obras Sociales, que extienda sus objetivos desde la salud individual de sus beneficiarios, a la salud familiar, y hasta la del grupo social, que comprenda al

proceso salud-enfermedad como un componente totalizador de significación histórico-social, con las modificaciones del modelo de atención que ello significa.

En ese mismo rumbo, el Plan Obligatorio de Atención de la Salud deberá otorgar precisión y claridad a la incorporación de los médicos generalistas, no solamente en lo que hace a sus jerarquizaciones remunerativas, salariales o de valor consulta, como expresa la resolución 247/96, sino también en cuanto a su inserción programática y operativa, teniendo en cuenta su ponderación técnico-científica y el peso significativo de su perfil, para una Atención Primaria de la Salud cierta y de eficacia social incuestionable.

3. Padrón de beneficiarios

Tal como lo expresa el propio Banco, este objetivo de las reformas de políticas y regulación, linealmente dirigido al cumplimiento de una meta administrativa, no pudo ser logrado en su totalidad. También tuvo el Banco dificultades ostensibles, que permiten advertir los inconvenientes que acompañan generalmente a estas medidas, cuando las mismas son impuestas sin la participación activa de los interesados.

El nivel de respuesta de los empleadores a los formularios enviados, para obtener la información primaria requerida para elaborar el Padrón de Beneficiarios, fue insuficiente e incompleta en buena medida.

El Banco estimó que tales dificultades reconocieron tres clases de problemas: **el primero**, se refiere a la intervención del ANSES, la Administración Nacional de Seguridad Social, a la cual el Banco no le reconoce motivaciones e incentivos para mantener el padrón y lo que es peor, tampoco le reconoce pericia, es decir, idoneidad, en la forma de implementarlo.

El segundo, consistió en que los mecanismos de actualización fueron insuficientes y los diagramas diseñados para tal actualización no funcionaron adecuadamente.

En **el tercer** problema, el Banco señala que el cuestionario requerido tenía exceso de detalles y a veces información superflua, por lo que estima que pudo haber conspirado contra una respuesta apropiada de los empleadores.

Cuesta creer que el banco Mundial haya intervenido activamente en este fracaso, aunque sea solo parcialmente. Su responsabilidad, como la del país estaba en juego en este Proyecto de Reforma de los Seguros de Salud y la transcripción de los tres problemas que no permitieron el logro total del objetivo, relatos en la pág. 17 del Informe Final resulta llamativa, cuando menos.

Un fracaso de tal naturaleza, directa, lineal, burocrática, pero de gran importancia para el funcionamiento del sistema, requería más que una simple y natural semiología, a efectos de caracterizar el error y evitar su proyección sobre los demás elementos negativos que conforman esta intervención del Banco. Aunque menor, este fracaso también colabora en la dimensión real y ponderada de la crítica.

4. Redistribución Automática y Transparente del Fondo Solidario de Redistribución.

El Banco expresa que el objetivo de la redistribución de lo recaudado por el FRS, en forma transparente y automática, fue ampliamente alcanzado.

Puede aceptarse que el sentido de la redistribución automática e FRS fue un objetivo plausible y necesario. También puede pensarse que tal redistribución automáticamente dispuesta podría contribuir a la transparencia en el otorgamiento de los fondos y las Obras Sociales pudieron concebir lograr una mayor previsibilidad financiera que facilitara sus operaciones.

Ambas situaciones tenían justificación técnica, para la condición de redistribución automática y alcanzar transparencia, pero sin embargo y aun aceptando el significado positivo de esas disposiciones, la verdadera eficacia de su implementación, aún hoy a más de un año de la finalización de la implementación del Banco de estas reformas, la autoridad de aplicación todavía se encuentra buscando el justo punto de tal eficacia funcional, para el Fondo Solidario de Redistribución.

En principio, en 1995 y en plenas negociaciones con el Banco y seguramente con su asesoramiento y decisión, se implementó un mecanismo de redistribución automática que asegura un pago mensual de \$40 por afiliado a las Obras Sociales con ingresos por afiliado inferior a esta cifra.

Su aplicación de esta norma redistributiva, mostraría otro error técnico del Banco, o cuando menos, falta de exactitud técnica en la indicación de sus normas de reforma para este tema específico.

En tal sentido la aplicación de los \$40 por afiliado, para su redistribución por obra social en forma automática, para las familias numerosas, resultó una verdadera penalización a las familias y sus significados sobre las Obras Sociales a las cuales esas familias pertenecían.

Ya en 1998 y en plena actividad político-administrativa del Banco Mundial, se dictó un decreto que aseguraba un aporte mínimo mensual por cada afiliado de \$22,40 y de 11,50 por cada beneficiario a su cargo. Su implementación y desarrollo funcional volvió a mostrar errores de aplicación, produciéndose importantes alternaciones para con el uso del Fondo de Redistribución que obligaron a suspender la vigencia de ese decreto de 1998 y volver a viejo esquema de los \$40, como el mínimo completable compensatorio por afiliado.

El Banco concluyó su tarea de la Implementación del Programa de Reformas de mayo de 1999 y a un año de tal fecha, el desenvolvimiento del Fondo de Redistribución, ha seguido operando con evidente ineficacia, aun cuando pueda reafirmarse la transparencia de su utilización. También puede remarcarse como valedera la concepción de la redistribución automática de los dineros que acumula el Fondo de Redistribución, pero tal como se señala, las asignaciones y fórmulas operativas indicadas por el banco, mostraron y siguen mostrando una verdadera inoperancia redistributiva, que señala a su vez una faceta más, de la ineficiencia, técnico-administrativa del banco en esta operación de Reforma de las Obras Sociales.

Pueden ponderarse diversas causas que puedan explicar esa ineficacia de semejante entidad financiera internacional. Además todas esas causas y su sumatoria delatarían una fisura básica de la operatoria del Banco, que sin embargo nadie ha podido remarcar, por las condiciones de secreto casi impenetrable que siguieron esta implementación y los informes brindados por esa institución financiera al término de las mismas.

Lo cierto es que hoy todavía sigue sin resolverse un funcionamiento apropiado del FSR y al parecer el Gobierno actual, está pronto a poner en vigencia otro esquema operativo para ese Fondo, repitiendo el error más nítido del Banco en este capítulo de la Reforma de las Obras Sociales. El Gobierno como el Banco decidirá el mecanismo de redistribución y con ello el destino del Fondo sin participación alguna de los legítimos dueños de esos dineros.

Como se sabe, el FSR se constituye con el 10% del aporte total del sueldo de los trabajadores, tal como lo prescribe la legislación vigente, sin que ninguno de esos trabajadores, ni sus representantes, ni sus sindicatos, hayan sido consultados, ni por el Banco Mundial, ni por el Gobierno que se dispone a una nueva operatoria para el FSR, sobre el destino de sus contribuciones a dicho Fondo.

El Gobierno se apresta a ordenar un nuevo tratamiento para dicho Fondo de Redistribución, tanto en cuanto al volumen de la recaudación posible, como para la asignación de los dineros que constituyan el FSR. Para eso dictó el decreto de necesidad y urgencia del 1 de junio de 2000.

Ese decreto prevé que quienes tengan un ingreso mensual inferior a los \$700, contribuyan al Fondo con un 10% de ese ingreso; los que tengan ingresos entre \$701 y \$1500 aportarán el 15% y llegará al 20% de los ingresos cuando la suma mensual de los mismos supere los \$2000.

En cuanto a la distribución de tales fondos, se plantea asegurar a las obras sociales \$20 mensuales por el titular afiliado y otros \$20 por cada uno de los familiares a cargo.

El volumen total del Fondo de Redistribución, además del incremento que significará una participación porcentual más elevada a medida que suba el nivel de los ingresos de los afiliados, se verá aumentado por nuevas contribuciones que realizarán los afiliados voluntarios a las prepagas que dejen sus obras sociales de origen, cuando se produzca la denominada desregulación de las obras sociales, para permitir captar sus afiliados por parte de esas prepagas; así como también la derivación del IVA que hoy pagan los afiliados a las prepagas. Se anuncia que tal desregulación se producirá a partir del 1 de enero de 2001; y se espera que el Fondo Solidario de Redistribución aumente de los 350 millones que actualmente se recauda, a 550 millones anuales.

Dos detalles más.

El Banco piensa que la introducción de un criterio de ajuste de riesgo adicional de las familias, expresado por el número de componentes; edad, sexo; residencias, en la fórmula de redistribución del FSR, debería convertirse en una disposición de inmediata aplicación.

Sin embargo, reconoce que su implementación solo sería viable si el monto asignado para la redistribución es incrementado, o si el PMO es reducido en cuanto al número y condiciones de las prácticas que lo componen. El Banco cree que el PMO cubre una muy exhaustiva lista de servicios y aunque en tal juicio preanuncia una opinión de mayor restricción sobre su aplicación, lo cierto es que la entidad financiera, no ha completado un estudio significativo sobre el PMO, dejando también sobre tal particular, una deficiencia técnica de indicación y asesoramiento, que como ya se ha manifestado, a más de cuatro años de aplicación, hace obligatoria la revisión y precisión sobre el PMO.

No puede dejar de sorprender, que para un tema de específico desarrollo y de limitado y terminante encuadramiento práctico operativo, luego de los tiempos transcurridos con la mirada y el control del Banco sobre las Obras Sociales, a la hora de concluir sus operaciones de implementación del Programa de Reforma, exprese que “el actual nivel de redistribución automática de fondos es insuficiente para asegurarse el financiamiento del actual PMO para todos los beneficiarios...”. El Banco deja de operar en el Programa de Reforma, y al irse, ni siquiera ha podido resolver, con las plenas atribuciones con las que actuó, una armónica y eficiente operación técnico administrativa del FSR y su referencia al financiamiento del PMO. (pág. 25).

Es cierto que el país no ha terminado de dirimir con certeza sobre la naturaleza pública de los fondos sociales, que como salarios indiscutidos de los trabajadores, forman parte de los aportes para el funcionamiento de las Obras Sociales. Aún y a pesar de tal decisión político-jurídica, lo inexcusable resulta ser, que dichos fondos deberían merecer la consideración política-administrativa de los trabajadores, es decir, admitir que para disponer de los mismos, debería requerirse la opinión de los contribuyentes al sistema, por sus representantes, por sus entidades representativas, o por aquellos que compongan el Gobierno del sistema, conforme reglas elementales de pertenencia institucional y representatividad democrática ineludible.

Sin embargo, la historia reciente demuestra que dicha representación no está en vigencia, o al menos, ni el Banco, ni las autoridades gubernativas correspondientes, han apelado a esa representación para otorgarle peso democrático a las medidas, que en este caso, se determinen para con el Fondo Solidario de Redistribución. Pocos advierten con intensidad, que frente a los dineros del pueblo, como en este caso, acumulados desde los ingresos directos de los trabajadores, sería de saludable conducta y vocación democrática, pensar en la participación de los representantes de los interesados, en la disposición y destino de esos fondos.

El Banco Mundial dio muestras, al menos de indiferencia, ante esta eventualidad democrática de la administración del FSR y asesoró o dispuso con respecto a esos fondos, con absoluta prescindencia de la voluntad de los trabajadores involucrados en esta historia. Ratificó su política omnipotente, de decisiones unilaterales y arbitrarias sobre dineros que son del pueblo trabajador y certificó así, en este simple, pero decisivo trámite político-administrativo que las entidades financieras internacionales, no toleran de buen agrado, ni siquiera la insinuación, ni menos la vigencia, de expresiones prácticas del poder social de las organizaciones de los trabajadores de los países emergentes, ni siquiera en sus propias organizaciones.

La experiencia histórica reciente advierte, que las autoridades gubernamentales de nuestros países emergentes, tampoco han defendido con éxito, si es que lo intentaron, esa legítima representación de la clase trabajadora, que como en nuestro caso, tiene derechos políticos adquiridos para sostener sus propias organizaciones e instituciones de clase.

Toda la implementación del Proyecto de Reformas de las Obras Sociales y este específico problema de la administración del Fondo Solidario de Redistribución, así lo atestiguan y permiten advertir, la supremacía de las determinaciones del poder de clase de estos organismos financieros internacionales, así como la cautividad política de los Gobiernos locales endeudados y sumisos, quienes cumplen ciegamente con tales determinaciones dominantes, por más autoritarias e inconsultas que ellas resulten.

El otro aspecto de interés en este problema específico del Fondo Solidario de Redistribución, es que el Banco se atrevió en su Informe Final a calificar la utilización de dicho fondo, al menos en alguna parte de esas prácticas de distribución de subsidios, como prácticas discrecionales, agregando que las mismas "...socava tanto a los objetivos del Fondo Solidario de Redistribución de promover la equidad entre las obras, como los objetivos financieros del programa de reconversión para las obras..." (pág. 25).

Es así que consideró como "realmente inconsistente" aprobar préstamos de reconversión a algunas obras sociales, exigiéndoles un estricto cumplimiento de los objetivos y criterios de saneamiento institucional y al mismo tiempo conceder subsidios discrecionalmente a otras obras sociales, sin obligarles a desarrollar criterios de transparencia operativa, que les permitan ayudar a mejorar sus sostenibilidad institucional.

Es verdaderamente llamativo que el Banco Mundial, que impuso sin discusiones ni contra posiciones manifiestas de parte del Gobierno argentino, medidas y transformaciones al sistema de clara significación y densa ponderación funcional, haya concluido su periodo de implementación del Proyecto de Reformas y se reitere del país sin haber podido dejar resueltas las modificaciones esperables del Fondo Solidario de Redistribución.

Es así que a un año de la conclusión de su Informe Final, el Fondo Solidario sigue sin modificaciones y solo será factible de lograr mejorar el cumplimiento de solidaridad que implica su vigencia en mejores y más eficientes condiciones, a partir del 1° de enero de 2001, cuando se produzca la nueva elección de cobertura médica, entre las obras sociales y las denominadas empresas de Pre-pago médico, que permitirá el cambio electivo de afiliación y una contribución diferencia para el Fondo Solidario de Redistribución, conforme las normas señaladas precedentemente en este análisis y que fueron indicados por el Banco como necesarias y capaces de cumplir con la solidaridad indicada, en también las apreciadas mejores y más eficientes condiciones de respuestas del Fondo Solidario.

Debe repararse en que la suerte de la eficiencia del funcionamiento del Fondo Solidario de Redistribución, el Banco la ha ligado a la implementación de la libertad de afiliación en el sistema, al introducir a las Prepagas como otra opción de cobertura

médica. En tal sentido el decreto de necesidad y urgencia firmado el viernes 1 de junio de 2000 por el Poder Ejecutivo recoge sin discusiones el incremento de los ingresos del Fondo Solidario de Redistribución, al introducir como señalara el Banco, la indexación “...del índice de contribución de las obras al Fondo Solidario de Redistribución sobre la base del ingreso promedio por beneficiario...”.

Se entiende que el Gobierno nacional ha seguido celosamente recomendaciones del Banco Mundial en el tema del Fondo Solidario de Redistribución, cumpliendo con la puesta en marcha del decreto de necesidad y urgencia señalado y con tales determinaciones del Banco Mundial repitiendo exactamente igual que las autoridades del Gobierno menemista, las recetas operativas que la entidad financiera internacional dispusiera para nuestro sistema de Obras Sociales.

En ese sentido, el actual Gobierno fielmente con dichas recetas técnico-administrativas y en el decreto indicado se han seguido tales directivas de indexación del índice de contribución del Fondo Solidario de Redistribución y lo que es más expresivo aún, es que en tal decreto se ha abandonado una propuesta que para dicho fondo manejaran las autoridades gubernamentales actuales y que hicieran circular como expresión del mantenimiento del espíritu de solidaridad social, aun cuando se eligiera una Prepaga para la cobertura de salud futura.

El propio Banco desacredita la propuesta que indicaba permitir la retención de una parte de la contribución total del beneficiario a su Obra Social de origen, en caso de que el beneficiario cambiara por una Prepaga, o por otra Obra Social. Con esa propuesta se indicaba que el beneficiario en opción de nueva cobertura, entregaba a la Prepaga o la otra Obra Social solo una parte de su contribución social y el resto se lo retenía para la Obra Social de origen. Se decía que de esa forma, se defendía aunque fuera en una posición menor, el sentido de solidaridad y pertenecía a la Obra Social de origen y las autoridades libraban una batalla tendiente a disimular o disminuir el malestar que podría originarse entre los sindicalizados que veían una entrega del sistema al sector financiero de las prepagas, en nombre de la libertad de competencia del mercado de la salud.

El Banco en su Informe quitó méritos a tal postura, decidiendo que esa medida restaba intensidad para la eficiencia de administración de las obras y reduciría significativamente el alcance de la competencia.

El decreto de necesidad y urgencia ha seguido tales directivas del Banco y cualquier argumentación política en defensa teórica y aún virtual, del sentido de pertenencia y de solidaridad social que pudiera alentarse en cuanto a la configuración del Fondo Solidario de Redistribución, ha desaparecido de la consideración real del mismo. El Banco ha vuelto, una vez más, a imponer sus criterios, aun cuando como en este caso del Fondo Solidario de Redistribución, al finalizar sus labores de implementación del Proyecto de Reformas, no haya podido o no haya considerado oportuno, dejar completado y en funcionamiento el referido Fondo Solidario de Redistribución. En esta oportunidad y para este complejo y delicado capítulo de la solidaridad de clase, no fue de importancia alguna, con que autoridades políticas gubernamentales se buscaba el consenso o mejor dicho, se obtenían los cumplimientos de las determinaciones del Banco. Menemista o aliancistas aceptaron tales determinaciones y en ambos casos, los afiliados y beneficiarios del sistema, ni sus

representantes, que no estaban en ejercicio de tal representación porque la misma no existía ni existe en la institucionalización del sistema de Obras Sociales en vigencia, ninguno de ellos directamente interesados u comprometidos con ese destino institucional, fueron consultados, sobre este, como sobre los otros temas de la Reforma de las Obras Sociales.

Otro detalle agregando

El Banco tomó especialmente intervención en el proceso de Regulación del Seguro Social Privado, conforme lo califica en el Informe Final y que se refiere a la norma jurídica que indique los detalles esenciales de la regulación a las entidades de Pre-pago médico. Estas entidades son la expresión institucional de los capitales privados dedicados a la cobertura de salud y observadas por el Banco, como las entidades específicas para poder desarrollar en plenitud, el sentido competitivo que el neoliberalismo destaca como su gran fuente de equidad y eficiencia en el campo de la salud.

El banco en el Informe Final de mayo de 1999 expresa que se ha redactado el proyecto de ley sobre este particular y señala que en el mismo se brinda:

- a) Regulación financiera para esas entidades, en cuanto a capital mínimo requerido y técnicas;
- b) Regulación de los planes de salud;
- c) Un periodo de 120 días durante el cual el asegurador puede decidir la aceptación del solicitante, luego del cual no habrá rechazo con el criterio de condiciones preexistentes de salud;
- d) La renovación automática de los planes de salud bajo los términos que pueden variar con la edad u otras condiciones, pero que no pueden ser modificadas por el asegurador a menos que las modificaciones sean extensibles a todos los beneficiarios del plan;
- e) Libertad del asegurado de dejar el plan sin causa en cualquier momento con un aviso de 30 días de anticipación;
- f) Inclusión completa del PMO en el plan ofrecido.

Sobre estas consideraciones el Senado nacional eleva con fecha 9 de diciembre de 1999, a la Cámara de Diputados de la Nación, la aprobación que los senadores produjeran, con mínimas modificaciones intrascendentes sobre el texto del proyecto de ley en el que el Banco interviniera y que brindara los aspectos precedentemente mencionados.

Del texto sancionado, con el pleno espíritu y sentido del banco, llama la atención la amplitud de las entidades que podrán desempeñarse como personas jurídicas actuantes. Allí se incluyen: sociedades comerciales de cualquier naturaleza; sociedades cooperativas y mutuales; fundaciones; asociaciones civiles sin fines de lucro; hospitales privados y públicos; asociaciones y colegios profesionales que no ejerzan el Gobierno de la matrícula profesional y las Obras Sociales que ofrezcan planes a adherentes voluntarios.

Es sobre este texto y su posible sanción en la Cámara de Diputados, que el Poder Ejecutivo ha dispuesto mediante el decreto 446/00, de necesidad y urgencia, cumplir con los dictados determinantes del Banco Mundial, sobre el esquema de la libertad de afiliación de los beneficiarios de las Obras Sociales nacionales sindicales, a estas entidades de medicinas prepagas cuya regulación se analiza.

El decreto mencionado, en concordancia con el espíritu de la libertad de mercados señalado en el consenso de Washington y asumido por el Banco Mundial y el FMI en su vocación neoliberal, resulta un marco significativo para atentar contra los intereses de los trabajadores organizados, en cuanto a la disponibilidad integral de sus intenciones en el ejercicio del poder sindical, que como se ha dicho, expresa la formulación de una convicción nacional decidida a defender, frente a la globalización liberal, el sentido y el destino de la inmensa mayoría del pueblo trabajador.

Frente a esa estrategia nacional, el decreto muestra la claudicación de la convicción reguladora del Estado, que se rinde ante la presión sostenida del Banco, garantizando una nítida presencia de la operatoria competitiva del mercado.

Como se sabe de la aplicación de la ley 23.551 referida a las asociaciones profesionales, estas, con su personería gremial en ejercicio, tienen expreso derecho a administrar sus propias Obras Sociales. (art. 31, inc. F).

Estas Obras Sociales sindicales, tal como lo nombra la ley 23.660 funcionan por el aporte obligatorio de sus afiliados, que surge de condiciones personales de trabajo y de situaciones materiales y territoriales que la ley o el convenio colectivo asigna en cada caso, habilitando las mismas para que las obras sociales decidan sobre su propia organización y administración y aceptando los controles que la propia ley otorga a las autoridades estatales. Tal aporte es el basamento jurídico de la esencia social del sistema, fundada en un principio irrenunciable de solidaridad, identificado con las razones que avalan la afiliación obligatoria. El decreto 446/00 desconoce y niega estas consideraciones que la ley indicada sancionara oportunamente y que requiere constitucionalmente, de otra entidad jurídica de idéntica jerarquía, una nueva ley, para producir sus modificaciones.

Ahora un detalle envolvente

Queda aún otro detalle, pero el mismo de carácter estructural, en cuanto hace a la relación social que surge de la aplicación del capital, especialmente el financiero, en esta especulación plusvática que puede otorgar el sector salud y que se impregna en la operación política del Banco y el Estado dependiente, para otorgarle protagonismo definido a las empresas médicas prepagas.

Recordamos que las causales involucradas para ese protagonismo, que han de regular la ley que cuenta con la media sanción del Senado y el decreto de necesidad y urgencia que la operativiza (Dto. 446/00), se dirigen a exaltar las libertades de accesibilidad a esas entidades de prepago, como también al incremento de la competencia entre los actores que brindan servicios de salud, de igual manera fundamentos en aquellos que los considerandos del decreto indican como procuración

del mejoramiento de "...la calidad de las prestaciones a partir del protagonismo activo de los beneficiarios..." ampliando las posibilidades de decisión respecto al destino de sus aportes; estos argumentos, ligados a la estrategia neoliberal de la libertad de mercados y de cuya eficacia social nadie ha podido, hasta el presente, ofrecer ponderaciones efectivas y certeras, no son nada más que disposiciones que ligadas a las razonabilidades políticas del Consenso de Washington, se ponen en vigencia con definidas intencionalidades ligadas a la expansión del capitalismo tardío, que envuelve a la globalización o mundialización de ese modo de acumulación competitivo.

Es necesario recordar que en buena medida, esa medida sanción, y el decreto que la funcionaliza para esas estrategias de la acumulación económica-financiera, están dando cima y justificación a los aspectos esenciales que el FMI-BM vienen desarrollando para Argentina y que como se puede inferir, no son distintos a los dispuestos para los demás países emergentes.

Al ubicar la estrategia competitiva en las Entidades de Pre-pago médico, al menos como una etapa significativa de tal desenvolvimiento, debe repararse en la importancia que fueron adquiriendo los desembarcos que los denominados "Private Equity Funds", han efectivizado en tales Pre-pagos del país, desde tiempos anteriores a las expresiones jurídico-administrativas señaladas.

Tal como se conoce, estos fondos cerrados de inversión, que existen en el país en un número superior a los 25/30 y que corresponden a inversores extranjeros, están siendo administrados por financistas u operadores locales, que asesoran y rinden cuentas a esos inversores extranjeros, en su gran mayoría estadounidenses.

El fenómeno de la PEF reconoce su más inmediato antecedente, en el proceso privatizador del comienzo de los '90, cuando esos mismos capitales financieros (Banco de inversión, fundaciones, fondos de pensión, aseguradoras, grupos económicos especiales) que ahora intervienen, gerencian, asesoran e invierten sus propios fondos en empresas privadas y/o cambiaron sus devaluados papeles de nuestra deuda externa, por acciones y participaciones significativas en las empresas estatales en privatización, con mecanismos observados como de falta de transparencia y que resultaron al fin, apropiados para una concentración destacada y creciente de la economía actualmente en el país con signos extranjeros.