

Título:

Atención gerenciada de la salud: la silenciosa transnacionalización

Autores, instituciones y países:

Celia Iriart

División de Medicina Comunitaria, Escuela de Medicina, Universidad de Nuevo Mexico, Estados Unidos y Grupo de Salud Colectiva del Instituto de Estudios y Formación de la Central de los Trabajadores Argentinos (CTA). Argentina

Howard Waitzkin

División de Medicina Comunitaria, Escuela de Medicina, Universidad de Nuevo Mexico, Estados Unidos.

Emerson Merhy.

Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Campinas, Brasil.

Temática:

1. Economía y políticas de salud para el tercer milenio.

Palabras claves:

Latinoamérica, reforma sistemas de salud, atención gerenciada, transnacionalización del sector, procesos ideológicos.

Resumen:**Objetivos**

Presentar resultados de la investigación "Atención Gerenciada en América Latina: su Papel en la Reforma de los Sistemas de Salud". realizada por equipos de Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Estados Unidos. Analizar la difusión e implantación de la atención gerenciada, a través de las empresas de seguros estadounidenses y el papel de las políticas impulsadas por el Banco Mundial y otros organismos multilaterales de crédito, y ejecutadas por los gobiernos locales.

Métodos

Cualitativos, cuantitativos e histórico interpretativos.

Resultados

Muestran el proceso de transnacionalización del sector salud, a través de las políticas de reforma impulsadas por los organismos multilaterales de crédito y ejecutadas por los gobiernos locales. Estas políticas favorecen la instalación de las aseguradoras de capital transnacional, que se ubican inicialmente en el sector privado de seguros y prestadores de salud, para desde allí participar en la administración de las instituciones estatales y de la seguridad social médica. Los datos de Argentina y Chile permiten mostrar el proceso de penetración y los efectos sobre estas instituciones, así como los problemas de acceso de la población.

Conclusiones

Este proceso de cambio sustancial es facilitado por las transformaciones operadas a nivel del sentido común, que convirtieron a la salud en un bien de mercado, y a las instituciones de la seguridad social y del estado en empresas que deben competir con las privadas por la obtención

del financiamiento.

Atención gerenciada de la salud: la silenciosa transnacionalización

Introducción

En 1997, iniciamos una investigación con equipos de Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Estados Unidos, para analizar el papel, de la atención gerenciada en las reformas que se estaban desarrollando en esos países latinoamericanos. Nos propusimos considerar la difusión e implantación de la atención gerenciada y la posición de diferentes actores sociales ante esta reforma. En especial, los organismos multilaterales de crédito y los gobiernos latinoamericanos.

El equipo de Estados Unidos es quien coloca el tema, ya que observa que las aseguradoras americanas estaban expandiendo su negocio en Latinoamérica, con la intención de acrecentar su lucro, disminuido en el país de origen por saturación del mercado y disminución de las tasas de ganancias. Esta penetración del capital financiero multinacional, que instaló hacia comienzos de la década del 90 la atención gerenciada en Estados Unidos, fue vista con preocupación, ya que en ese país los resultados de esta reforma estaban mostrando falta de acceso a las instituciones de cuidado de la salud, mal desempeño de las empresas de lucro en relación a las de no lucro, en los principales indicadores de calidad que se analizan en ese país; disminución de la población con cobertura de seguros, e incremento en el gasto de bolsillo, entre otros.

Llamamos silenciosa a la reforma bajo atención gerenciada que se está desarrollando en América Latina, ya que no es nombrada ni enunciada oficialmente, ni por los gobiernos ni por las agencias multilaterales de crédito, en especial el Banco Mundial. La forma en que operan las empresas multinacionales es instalándose en el sector privado de seguros prepagados de salud, desde donde se proponen, a partir de los procesos de desregulación del sector estatal de servicios y de la seguridad social, captar el financiamiento que estas áreas manejan.

Consideramos que estos procesos han estado facilitados desde los propios países por muchos trabajadores del campo sanitarios (investigadores, analistas, profesionales ligados a la administración de fondos de la seguridad social y estatales, entre otros), y por aquellos que como decisores difundieron hacia la sociedad, que la crisis de salud era financiera, y que las soluciones pasaban por cambios gerenciales que permitieran un uso eficiente de los recursos.

Métodos

Los métodos utilizados en la investigación fueron cualitativos y cuantitativos. En primer lugar, se revisó la literatura publicada y no publicada sobre atención gerenciada en América Latina. Cada grupo nacional tuvo acceso a pertinentes colecciones bibliográficas. También, fueron consultadas las bibliotecas de las legislaturas nacionales, de asociaciones profesionales, y de organismos internacionales de crédito y cooperación, así como los sitios en Internet de estos organismos y de los ministerios de salud. Estas fuentes contienen documentos sobre charlas y conferencias donde los líderes en el campo de las políticas de salud dan sus opiniones y contrastan experiencias, así como documentos con las posiciones oficiales de los organismos gubernamentales e internacionales. La revisión crítica de esta bibliografía enfatizó el análisis de estas posiciones, el debate, los puntos de vista diversos y las controversias. El segundo método envolvió el estudio de archivos en los países en estudio. Especialmente, los archivos localizados en los ministerios de salud, fundaciones y centros de investigación. Estos archivos incluyeron análisis políticos menos formales, hallazgos de investigaciones, publicaciones de la prensa escrita, y artículos de revistas. Se tuvo acceso a las bases de datos de dos diarios de gran

circulación en Brasil y Argentina. En esta fase de la investigación se estudiaron los archivos críticamente para entender la evolución de la atención gerenciada en cada país. Se enfatizaron nuevamente los diferentes puntos de vista y debate. El tercer método de recolección de información fue la realización de entrevistas focalizadas. Se utilizó un protocolo de preguntas cerradas y abiertas, focalizadas en la difusión e implantación de la atención gerenciada. En cada país se realizaron entrevistas a reconocidos líderes de la organización gubernamental, miembros del aparato legislativo, funcionarios de las representaciones de los organismos internacionales de crédito y cooperación, empresarios y ejecutivos del sector privado nacional y multinacional, dirigentes gremiales y políticos, asesores y consultores. Se desarrolló una lista de respondientes con diversidad de perspectivas.

Como métodos complementarios se usaron técnicas cuantitativas en el análisis de datos secundarios para estimar la participación de cada sector -estatal, privado y seguridad social- en la administración, financiamiento y prestación de servicios bajo atención gerenciada.

Contexto de la reforma

La mayoría de los conceptos hoy vigentes (eficiencia, eficacia, costo/beneficio, libre elección, descentralización, participación comunitaria, programas locales, seguro de salud, etc.) fueron utilizados en los años 50 y 60, para impulsar transformaciones en la organización sanitaria (Merhy, 1992; Iriart et al., 1994).

A partir de mediados de la década del 80, muchos técnicos e intelectuales del campo sanitario, retomaron estos conceptos, para dar respuesta a la profunda crisis de los sistemas de financiamiento y atención de la salud en América Latina. Pero, los conceptos no son inmutables y su significado está dado por el contexto en el que se aplican (Testa, 1997).

Los sistemas de salud en las décadas anteriores estaban definidos por un modelo de acumulación capitalista basado en procesos productivos de plena ocupación, que necesitaba de un estado productor de bienes y servicios, y proveedor mano de obra sana y educada. En este contexto los conceptos utilizados en la elaboración de propuestas de reorganización de los sistemas de salud estaban inscriptos en una concepción de la salud como bien público y responsabilidad de los estados. La actual reforma sectorial se inscribe en un proceso absolutamente diferente, marcado por la crisis del modelo de acumulación capitalista de mediados de los años 70 que produjo: recesión mundial, profundas transformaciones en las formas de producción, dominio del capital financiero en el sistema económico mundial, creciente endeudamiento interno y externo de los países, crecimiento del déficit fiscal, alta inflación, problemas de balance de pagos y desempleo. En los países latinoamericanos esta situación va a implicar cambios profundos en el papel del estado, ya que desde los organismos multilaterales de crédito se les va a exigir la contracción del gasto público, el control de la expansión monetaria y la reforma del estado. Se identifica a éste como el causante de la crisis por su ineficiencia en el manejo de empresas productivas (petroleras, siderúrgicas, etc.) y de servicios (comunicaciones y transporte), y por los crecientes gastos sociales (salud, educación y seguridad social).

Las exigencias de reforma de los estados encubren cuatro elementos principales: a) la necesidad del capital de controlar las áreas de producción y servicios que antes estaban en manos de los estados; b) la necesidad de colocar los grandes excedentes líquidos de capital, c) la disminución en la demanda de mano de obra por la transformación de la producción, debido a los desarrollos de la informática y a su reorganización en base a un consumo que se expande por la diversificación y no por la masividad, y d) la necesidad de los países centrales de salir de la forma menos traumática posible de la crisis (Feletti & Lozano, 1997).

La respuesta de la mayoría de los gobiernos latinoamericanos a esta crisis fue, en los 90, la aceptación de las políticas impulsadas por los organismos multilaterales de crédito (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Fondo Monetario Internacional), que implicaron el sobreendeudamiento, la apertura de la economía a los capitales y a la producción internacionales, y la reestructuración del estado vía privatizaciones (producción y servicios), y

disminución de gastos (en especial los sociales) (IDEP, 1992, 1993). Esto da origen a los planes de ajuste estructural, de cuyo cumplimiento dependerá el acceso a nuevos recursos financieros internacionales (García Delgado, 1994; Iriart et al., 1995).

En el ámbito sanitario implicará la aceptación, por parte de los gobiernos, de los proyectos de reforma del sector impulsados por estos organismos, en especial el Banco Mundial, como forma de acceder a préstamos que permitirían financiar la aguda crisis de los servicios estatales y de la seguridad social en los países latinoamericanos.

Los proyectos de reforma sectorial, realizados con estos préstamos internacionales, han servido de base para la elaboración de normativas legales (leyes, decretos, resoluciones ministeriales), que facilitan la operacionalización en el área de salud, del discurso instalado en las sociedades latinoamericanas, a partir de la crisis del estado de bienestar. Paulatinamente se transforma el sentido común en torno a la concepción del proceso salud / enfermedad / atención. La salud deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. Esto produce un cambio de sentido fundamental, ya que la salud deja de ser un bien público para convertirse en un bien privado (Laurell, 1995; Testa, 1997).

Este cambio en el sentido común se opera como producto, no solo de los discursos emitidos en relación a la reforma sectorial, sino por las experiencias vividas por la población, tanto en el acceso a los servicios de salud como en otras áreas de la vida colectiva. En América Latina, dichas experiencias fueron impactadas por la crisis de los años 80 y por los planes de ajuste estructural que, como señalamos, se adoptaron en muchos países. Poco a poco, la población hace suyos, de manera irreflexiva, los discursos oficiales que plantean la necesidad de los cambios en el papel del estado para resolver la crisis. Estos cambios requieren la privatización de empresas y servicios, y la reducción de gastos sociales. Esta situación está posibilitada por la dramaticidad de la crisis que golpea a la población (en Argentina la hiperinflación de finales de 1988 y comienzos de 1989 fue un elemento disciplinador en este sentido). Las personas encuentran, en la firmeza de los discursos oficiales emitidos, una fuente de esperanza y reencuentran el sentido de un proyecto social compartido, que se había perdido durante los momentos más agudos de la crisis. Las situaciones retoman su consistencia, y se viven como necesarias, incluso aunque a nivel individual resulten injustas y dolorosas. Así el sentido común transformado retoma su carácter de componente central del cemento social que colma las brechas, suaviza artificialmente las contradicciones, posibilita que los enunciados antagónicos coexistan “naturalmente”. De esta manera determina la subjetividad de la situación compartida por el conjunto de los interlocutores, aun si están en lugares distintos de la estructura social. Es socialmente un verdadero sentido compartido, en la acepción de una dirección común al conjunto de la sociedad (Benasayag & Charlton, 1993).

En el ámbito sanitario un importante número de los denominados “expertos” van a contribuir a la construcción de este nuevo sentido común, al sostener las siguientes ideas como los “fundamentos” desde donde repensar el sistema: a) la crisis en salud obedece a causas financieras; b) el gerenciamiento introduce una “nueva” racionalidad administrativa indispensable para salir de la crisis; c) es imprescindible subordinar las decisiones clínicas a esta nueva racionalidad si se quieren disminuir los costos; d) la eficiencia aumenta si se separa el financiamiento de la prestación y se generaliza la competencia entre todos los subsectores (estatal, seguridad social y privado); e) se debe desarrollar el mercado de salud porque es el mejor regulador de la calidad y costos; f) no se debe subsidiar a la oferta sino a la demanda; g) la flexibilización de las relaciones laborales es el mejor mecanismo para lograr eficiencia, productividad y calidad; h) la administración privada es más eficiente y menos corrupta que la pública; i) los pagos a la seguridad social son propiedad de cada trabajador; j) la desregulación de la seguridad social permitirá al usuario la libertad de elección, para poder optar por el mejor administrador de sus fondos; k) el pasaje del usuario / paciente / beneficiario al de cliente o consumidor, es la garantía para que exija que sus derechos sean respetados; l) la garantía de la calidad está dada por la satisfacción del cliente.

Resultados

Propuestas de reforma y forma de implantación

Las soluciones que están predominando en las reformas de los sistemas de salud latinoamericanos, se centran en la implantación de la denominada atención gerenciada. Esta política implica reformas de tipo administrativo-financieras, ya que consideran como la causa de la crisis del sector el crecimiento de los costos de las prestaciones. Por ello, plantean la necesidad de una intermediación entre prestadores y usuarios, para separar la administración financiera de la prestación de servicios. La propuesta implica la introducción de empresas (estatales, privadas o mixtas) que administren bajo el concepto de riesgo compartido el financiamiento (sistemas capitados), y contraten con prestatarias de las que los servicios estatales podrán formar parte (OPS, 1996; Merhy et al., 1998).

En lo que hace al presupuesto estatal, estas soluciones sostienen que debe estar definido por la demanda (prestaciones efectivamente realizadas) y no por la oferta prestacional. Esto permite una reducción de costos y un manejo más eficiente de los recursos, ya que se controla la sobreprestación y se dirige el financiamiento hacia los prestadores de mayor calidad. Los prestadores, a su vez, según esta lógica, para obtener el financiamiento se ven obligados a disminuir los costos y brindar mayor calidad en sus servicios. En lo que hace a la conducta de la población estos discursos ponen énfasis en que, si ésta se siente dueña de su aporte o paga por la atención, será una reguladora “natural” de los costos y la calidad, ya que estará en condiciones de elegir el prestador que le brinde los mejores servicios al menor costo (Bresser Pereira, 1995; Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina, 1997).

Esta propuesta de reforma, cuyo marco de referencia son los procesos que se están operando en el sistema de salud de los Estados Unidos, tiende a producir cambios fundamentales en la práctica clínica. En el actual proceso se está produciendo la subordinación de los profesionales de salud a la lógica administrativo-financiera, y la drástica reducción de la práctica profesional independiente, ya que los profesionales deben ofrecer sus servicios a las aseguradoras o a los propietarios de grandes centros prestacionales (Waitzkin, 1994; Waitzkin & Fishman, 1997).

Las reformas que analizamos en nuestra investigación sobre atención gerenciada, muestran patrones muy semejantes en los países estudiados. Se trata de un proceso político “silencioso”, que elude el debate público y opera segmentando el proceso y, por lo tanto, la conflictividad (esto fue expresado como una decisión explícita por un funcionario de la Representación en Argentina del Banco Mundial, y por un alto funcionario político del Ministerio de Salud y Acción Social de ese país). En los países de nuestro estudio, las políticas que implementan la reforma se dirigen secuencialmente al sector público, al privado o a la seguridad social, no abordan el proceso de conjunto, y muchas evitan la discusión en el Poder Legislativo. Para esto se utilizan los decretos presidenciales, o las reglamentaciones ministeriales. De esta forma, en cada etapa, los actores involucrados son solo los que operan en cada subsector (público, privado o seguridad social médica). Esto les dificulta tener una perspectiva de conjunto sobre la reforma y, muchos de ellos, en especial, los que resultan afectados, se enteran una vez sancionada la norma, por lo que, la mayoría de las veces, solo pueden realizar algún reacomodamiento dentro de la nueva situación. Así es como, las normas dirigidas a reglamentar el sector privado no son consideradas por los actores que operan en el ámbito público o de la seguridad social, como algo de su incumbencia, y viceversa. Esto lo observamos en las entrevistas realizadas y en los numerosos documentos y declaraciones públicas emitidos, en especial, por las asociaciones y colegios médicos, las agremiaciones profesionales y no profesionales del sector estatal, por el sindicalismo que administra las obras sociales (en Argentina), y los empresarios ligados al sector salud. Sin embargo, los procesos de reforma actuales tienden a una profunda articulación de los tres subsectores -no lograda en la mayoría

de los países latinoamericanos anteriormente, pese a enunciarse largamente su necesidad-, pero bajo el comando de los intereses privados, y en especial, del capital financiero multinacional.

Otro elemento que es importante destacar es que a pesar de que las reformas parecen ser diferentes para cada país, que se dan diferentes nombres a las normas que se aprueban (por ejemplo, Hospitales de Autogestión en Argentina, Organizaciones Sociales en Brasil), todas siguen el mismo patrón, tanto en los proyectos como en las normas que implantan las reformas. Las características comunes a todo los procesos son:

- a) Separación de funciones entre el ente nacional de mayor nivel (ministerio de salud, entes reguladores), los organismos que administran el financiamiento y aquellos que prestan servicios. Creación de entes de control específicos para que se ocupen tanto del sector público, como del privado y la seguridad social (superintendencias).
- b) Modernización y desburocratización de la gestión estatal en todos sus niveles.
- c) Creación y/o fortalecimiento del mercado como regulador de precios y calidad.
- d) Estado dedicado a la normatización y regulación.
- e) Garantizar la existencia y financiamiento de un paquete básico que el estado ofrecerá a los carenciados (único grupo del que es responsable a nivel de la atención), y hacerlos obligatorios como un mínimo a ofrecer con los aportes obligatorios y voluntarios en los planes de la seguridad social y de los seguros privados.
- f) Políticas de focalización del gasto estatal en acciones (promoción, prevención y curación) que guarden una adecuada relación costo-efectividad, y en poblaciones incapaces de proveerse atención de la salud por sus propios medios, o programas que deban mantener su carácter público.
- g) Individualización de los aportes provenientes de los salarios y del monto destinado a cada persona por el estado, para que pueda ejercer la libre elección de administradora, prestador y planes. Esto se pretende aun para los carenciados, cuyo valor de cápita puede ser dirigido a cualquier oferta elegida. Esto está en relación con el concepto de subsidio a la demanda en reemplazo del subsidio a la oferta. Unificación, en una sola institución, de los aportes individuales o por núcleo familiar, cuando son múltiples.
- h) Habilitación del aporte extra de bolsillo para prestaciones no contempladas en el paquete básico, o para prestadores no ofertados dentro de los planes básicos. También establecimiento de copagos para limitar el uso, y de planes diferenciales según riesgo poblacional (edad, sexo, patologías).
- i) Apertura a que las empresas privadas puedan captar el financiamiento estatal, de la seguridad social y del privado, tanto como administradoras y/o como prestadoras.
- j) Descentralización y autonomización de los hospitales públicos para que puedan captar el financiamiento del estado, de la seguridad social y privado, para lo cual deben competir en el mercado junto a los otros servicios estatales y a los privados. Se propicia la creación de figuras jurídicas semipúblicas.
- k) Flexibilización de las relaciones laborales de los trabajadores estatales de salud, disminución de los beneficios, eliminación de la estabilidad, asimilándolos a las normas que rigen en el mercado privado. Salarios que se compongan de un básico y sistemas de incentivos por productividad, presentismo, etc.
- l) Fortalecimiento de la atención médica primaria a través de médicos generalistas o de familia que actúen conteniendo la demanda hacia los otros niveles.
- m) Transformación de los sistemas de pagos. Se aconsejan sistemas capitados, de riesgo compartido, por contratos de gestión, pago asociado a diagnóstico, o alguna modalidad semejante. La idea es forzar a que los establecimientos, en especial los estatales, establezcan costos reales.
- n) Mix público-privado ya sea para establecer redes prestacionales o administración de cápitaa o convenios.

- o) Medición de la calidad a través de metas epidemiológicas, en algunos casos, y en otros por productividad y cumplimiento de los acuerdos. En todos los casos se incluye la medición de la satisfacción de los usuarios y se instalan en las instituciones programas o comités de calidad en base a los postulados de la calidad total u otra corriente semejante. La calidad está básicamente en relación a la eficiencia en el manejo administrativo y financiero de las mismas.

Este perfil delineado en los proyectos son transformaciones imprescindibles para instalar la atención gerenciada. En los cuatro países estos proyectos están en relación a la necesidad de operacionalizar las normas legales aprobadas o que se piensan impulsar. Argentina, Chile y Brasil han avanzado mucho más que Ecuador en la aprobación de normas legales que imponen estos cambios.

En Brasil la reglamentación de la reforma que se ha aprobado se refiere al Sistema Único de Salud (compuesto por aportes de los asalariados y del estado), tanto en las funciones de regulación como de prestación, y las normas abarcaron los niveles federal, estadual y municipal. Se normatizó la transformación de los hospitales para su funcionamiento como Organizaciones Sociales, y se reguló la actividad de los planes prepagados de salud. Esta última regulación habilitó a los capitales extranjeros a tener participación mayoritaria en las empresas de salud, prohibido por ley anteriormente.

En Argentina se aprobaron decretos y resoluciones gubernamentales que legislan la reforma en la seguridad social (obras sociales), la de los hospitales públicos para transformarlos en Hospitales de Autogestión, y estuvo por varios años en discusión en el Congreso Nacional la regulación de los prepagos médicos, aunque finalmente salió por Decreto.

En Chile, la reglamentación apuntó inicialmente a crear un sector privado de administradores de los recursos aportados por los descuentos obligatorios a los asalariados, ya que no existía la figura de entidades administradoras ni prepagos privados, incluso el sector privado de prestadores era pequeño. Asimismo, se legisló para reformar las funciones del Ministerio de Salud, de los centros de atención primaria y de los hospitales. Con los gobiernos democráticos, y luego de muchos años de funcionamiento de las administradoras privadas, se tendió a regular ciertos aspectos relacionados con la falta de protección de la población frente a estas empresas y evitar los subsidios que el estado está realizando, tanto en forma directa como indirecta.

La legislación que ha producido cada país, obviamente, está en relación con la organización previa del sistema de salud. Sin embargo, es muy interesante observar ciertas regularidades. Los cuatro países comparten los siguientes elementos normativos, ya aprobados o en proceso de serlo, que introducen la lógica privada y la competencia en el mercado, para las instituciones de salud estatales y de la seguridad social; y los elementos centrales que facilitan la difusión e implantación de la atención gerenciada:

A nivel de la organización del sistema las normas legales analizadas establecen:

- La separación de funciones entre a) el ente regulador de mayor nivel (ministerios) -al que se le reservan las funciones normativas, fiscalizadoras y reguladoras del sistema, y financiador de acciones indelegables de salud pública-; b) los organismos financieros estatales y c) las instituciones estatales de prestación de servicios.
- Creación de superintendencias de salud (una para todo el sistema o por sectores) que fiscalizarán las actividades de las instituciones estatales, de seguridad social y privadas (de administración y prestación).
- Procesos de descentralización, muchos de las cuales son vía transferencia de instituciones o funciones, hacia otros niveles jurisdiccionales (federal o nacional, estadual o provincial, y/o municipal).
- Se legaliza la figura de instituciones estatales regidas por derecho privado, para facilitar: a) la integración de redes entre el sector público y el privado de prestadores, b) cambios en la contratación de personal, de servicios profesionales, y de proveedores; y c) la firma de convenios con los entes financiadores (estatales, seguridad social o privados). Esto pretende

autonomizar a los prestadores estatales (en especial, hospitales) de la administración central, cualquiera sea la jurisdicción (nacional o federal, provincial o estadual, o municipal) de la que dependan. De esta forma los organismos financiadores estatales deberán comprar los servicios de atención de la salud a los hospitales o a los privados. Es decir, una serie de normas para habilitar y supuestamente facilitar que las instituciones estatales compitan en el mercado, entre sí y con las privadas.

- Se habilita a las empresas multinacionales a comprar el 100% de empresas de salud locales (en el caso de Brasil que estaba prohibido), y se impone o pretende imponer, a las empresas de seguros prepagados de salud -en Chile, Brasil y Argentina-, fondos de garantía y reservas patrimoniales elevadas.

A nivel del financiamiento:

- Se habilita la introducción de empresas privadas (nacionales y multinacionales) en la administración de los fondos estatales y de la seguridad social destinados a la atención de la salud.
- La gratuidad o cobertura estatal de las prestaciones solo será para la población que no tenga capacidad de pago, a través de programas focalizados, o canastas básicas de prestaciones.
- Se legaliza y propicia que la población pague de su bolsillo o compre seguros de salud para prestaciones adicionales a las básicas, y se haga cargo de los copagos como forma de responsabilizarse parcialmente de las prestaciones cubiertas y moderar el gasto.
- Se implanta el subsidio a la demanda.
- Se normatiza que el financiamiento se realice a partir de sistemas capitados, contratos de gestión, pagos asociados a diagnóstico o por módulos, o alguna variante que implante el riesgo compartido entre financiador y prestador.

A nivel de la prestación:

- Se habilita la libre elección por parte de los usuarios para el caso de aquellos que dependen de sistemas cerrados en la administración del financiamiento o cuando por no tener ningún seguro o seguro estatal debían concurrir solo a los hospitales o centros de salud públicos; las normas establecen la opción por aseguradoras privadas o prestadores privados.
- Se pauta que los prestadores deben estar habilitados y categorizados.
- Se estimula o implanta la modalidad de atención de médicos de familia, generalistas o de cabecera.
- Identificación de usuarios para que sean atendidos por los prestadores y cubiertos financieramente por las jurisdicciones o administradoras que les correspondan.

Tanto en Chile como en Argentina donde el poder de la corporación médica era muy fuerte, se dictan normas legales para romper con su capacidad de manejar la matrícula o de representar a sus asociados en contratos de prestación con el estado, la seguridad social o los privados. Se estipula la absoluta libertad de contratación, eliminándose valores preestablecidos.

En Argentina la normativa legal favorece la concentración del sistema, tanto público como privado, al obligar a las obras sociales que quieran acceder a los préstamos de reconversión que tienen financiamiento del estado y el Banco Mundial, a la fusión o cierre de las que tengan menos de 10.000 afiliados. También se obliga a esto a las instituciones de la seguridad social y a las empresas de seguros prepagos de salud que no puedan cumplir con las prestaciones básicas establecidas.

El capital financiero en el proceso de reforma

La actual articulación entre los subsectores cambió de eje debido a que el capital financiero multinacional se está ubicando en el sector de seguros prepagados, desde donde se propone operar como administrador de fondos de la seguridad social médica y del sector estatal, que están en proceso de desregulación. Esta ubicación se está realizando desde mediados de la década del 90 en los países de nuestro estudio, a excepción de Chile donde comenzaron a operar un poco más tempranamente-. En algunos casos, se constituye también como prestador

de los servicios, en una integración vertical, al estilo de las MCOs (Managed Care Organizations) de Estados Unidos.

Las principales modalidades con las que opera el capital financiero multinacional es: a través de la compra de empresas ya establecidas dedicadas a venta de seguros o de planes prepagos de salud, de la asociación con otras bajo la modalidad de "joint venture" y/o de acuerdos para desarrollar el gerenciamiento de las instituciones de la seguridad social y del sector público.

Para este nuevo actor las inversiones en este área constituyen un ámbito más donde obtener lucro. Esta característica es tan central, que según se desprende de la lista de inversores de las más grandes aseguradoras de Estados Unidos, hacen inversiones cruzadas entre ellas (por ejemplo Aetna tiene entre sus accionistas a otras aseguradoras, en las que ella a su vez tiene acciones) (Stocker et al., 1999).

Muchas de las empresas que están invirtiendo en Latinoamérica, son representantes de las grandes compañías de seguro de los Estados Unidos y de los países europeos, y otras son fondos comunes que captan el capital de inversión de universidades, fundaciones, empresas, etc. de diversos países, y lo colocan en cualquier sector de la economía de alta rentabilidad.

Los datos recogidos a través de entrevistas y de publicaciones de las empresas americanas, por el equipo de Estados Unidos, muestran que el objetivo explícito de esta corporaciones en América Latina, es expandir sus negocios al sector de la seguridad social médica y al público, dado que la dimensión del mercado privado es limitado (Stocker et al., 1999). Esta es, por otra parte, la práctica que siguieron en Estados Unidos. En este país, cuando las empresas llegaron a su techo de crecimiento, en el mercado de los seguros de salud de los grupos laborales y de los individuos, presionaron para lograr cambios en las políticas sociales. Estos cambios les permitieron implementar programas de atención gerenciada, para administrar los gigantescos fondos de Medicare y Medicaid (Waitzkin, 1994).

Los motivos que las empresas multinacionales de origen estadounidense expresan para justificar su interés de invertir en América Latina son: a) la reducción de las posibilidades de expandir sus negocios en el mercado de Estados Unidos, ya que estiman que para el 2000 el 80% de la población total de ese país estará asegurada, y dado que el 70% de las empresas de gerenciamiento de la atención son de lucro, necesitan nuevos mercados; b) el crecimiento en Latinoamérica de la población sin seguridad social; c) la menor cobertura que el estado está brindando a la población no asegurada; d) la desregulación que en muchos países se está operando en los sectores estatal y de la seguridad social, que permite la actuación del capital privado; y e) las facilidades para operar entre países que brindan los tratados de libre comercio establecidos en algunas regiones. En especial, en los países de nuestra investigación el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) (Stocker et al., 1999; Minujin, 1992 y 1993; Barbeito & Lo Vuolo, 1992).

El proceso de penetración del capital multinacional es muy acentuado en Argentina y Chile, se ha iniciado en Brasil y está en proceso de difusión en Ecuador. En esta etapa se observa la tendencia a la concentración del sector privado de seguros y prepagos de salud, y de prestadores, en base a inversiones provenientes de grandes grupos financieros internacionales. Estos grupos compran varias empresas de este sector y las fusionan. Estas fusiones pueden incluir la participación de capitales de origen local.

Las principales empresas multinacionales que están operando en los países que estudiamos son: Aetna, Cigna, Exxel Group, American International Group (AIG), International Medical Group (IMG), Prudential, International Managed Care Advisors (IMCA), y Blue Cross Blue Shield.

El neoliberalismo en acción

Nos referiremos a las operaciones de Aetna, Cigna, y EXXEL Group, por ser las que están realizando las inversiones más importantes, hasta el momento en América Latina.

Aetna: Según los datos obtenidos está operando en tres de los países que estudiamos, Chile, Argentina y Brasil.

En Chile tiene una subsidiaria, Aetna Chile Seguros Generales S.A. y para operar en salud constituyó, en 1993, una Institución de Salud Previsional - ISAPRE (nombre dado a las empresas privadas autorizadas a captar el financiamiento de la seguridad social médica), llamada Aetna Salud que tiene unos 60.000 asegurados (Stocker et al., 1999). Con esta empresa en el primer trimestre de 1998 se ubicó quinta en el ranking de las ISAPRES. Actualmente, está en tratativas para adquirir el total de las acciones de Cruz Blanca ISAPRE S.A, con una inversión aproximada de 90 millones de dólares. Esta ISAPRE ocupa el segundo lugar en el sector, con lo cual, de concretarse esta operación Aetna se posicionaría entre las empresas líderes (Estrada et al., 1998).

En Argentina opera a través de inversiones en el EXXEL Group y compró a fines de 1999 el mayor y más antiguo prepago de la Argentina, llamado Asistencia Médica Social Argentina (AMSA). Este prepago tiene una trayectoria de 36 años en el mercado, cuenta con 240.000 afiliados de ingresos medios y medio-bajos en sus propios planes, y gerencia por convenio las prestaciones de diez instituciones de la seguridad social médica (obras sociales) manejada por el sindicalismo (Diario Clarín, 10/5/1998). Los convenios con la seguridad social los usó, a partir de las reformas instaladas, para que los afiliados a la seguridad social pudieran optar a cual derivar sus descuentos salariales, para estimular publicitariamente a que los trabajadores se pasaran a alguna de las obras sociales con las que tenía convenio, y acrecentar así los fondos que administra. Los afiliados que fueron estimulados para que se cambien de obra social fueron los de altos ingresos.

En Brasil compró el 49% de las acciones de Sul America Seguros. El 40% de la facturación de esta empresa es en el rubro salud y capta el 35% del mercado de seguros de salud brasilero, con dos millones de personas aseguradas (Folha de São Paulo, 5/98).

CIGNA: Opera en tres de los países latinoamericanos participantes en la investigación, Chile, Brasil y Ecuador, mientras que en Argentina información periodística indicaba que estaría en tratativas para invertir en la obra social Solidaridad, que pertenece al sindicato bancario (Diario Clarín, 29/4/98).

En Chile opera a través de CIGNA ISAPRE desde 1991. Provee cobertura a aproximadamente 100.000 personas, controlando el 5% de este sector (Stocker et al., 1999).

En Brasil está asociado bajo la modalidad de "joint venture" al Banco Excel Económico para el gerenciamiento de Golden Cross, una gran empresa de seguros prepagos médicos, que cuenta con 2.500.000 afiliados, una red de 14 hospitales y 35 ambulatorios, 1.400 hospitales independientes, 10.500 médicos, y 3.800 clínicas. CIGNA invirtió 48 millones de dólares (Stocker et al., 1999). Golden Cross atravesaba en el momento de realizarse la operación una profunda crisis financiera y la incorporación de CIGNA significó la reestructuración de los planes ofrecidos y de las modalidades de contratación, para convertirla a la atención gerenciada. El proceso se inicio con Assistência Médica Industrial y Comercial Ltda. (AMICO) que pertenece al holding Golden Cross, y a un año de la implantación del nuevo método se observa un avance considerable en la región de San Pablo, con 17 ambulatorios en la región metropolitana y 440 mil asociados al nuevo método. Mientras que en la zona de Río de Janeiro la implantación es más lenta, pero en todos sus convenios paga por capitación y bajo el concepto de riesgo compartido. La idea de los directivos de CIGNA/Excel era que, en el primer semestre de 1998, toda la red de Golden Cross estuviera adaptada al modelo de atención gerenciada (INCOR, 2/98; Prodoctor Business, 5/98). (Dada la actualidad de los procesos analizados cabe aclarar que en 1999 el Banco Excel Económico fue vendido al Vizcaya de Bilbao y el "joint venture" con CIGNA está siendo reconsiderado).

Está operando en Ecuador aunque más circunscripta a los seguros generales, en los que participa en el 31% del total de esta actividad (Campaña; 1998).

Exxel Group: Este grupo por el momento solo opera en Argentina pero por su particular modalidad de desarrollo, el veloz crecimiento que tuvo y sus planes de expandir sus negocios

hacia otros países como Brasil, Chile y Uruguay, consideramos que es importante mostrar su operatoria.

El Exxel es un administrador de fondos de inversión argentinos y extranjeros. Su sede se encuentra en las Islas Caiman y por ello es atractivo para los capitales estadounidenses que de esta manera pueden invertir sin tener el control de las agencias regulatorias de su país (Stocker et al., 1999).

La siguiente información fue extraída, básicamente, de una entrevista que el Presidente del Exxel Group, Lic. Juan Navarro, concedió a la revista Noticias de la editorial Perfil, en diciembre de 1997, de una entrevista con un funcionario de nivel gerencial de este grupo, de las bases de datos de los diarios Clarín y La Nación, y de Arce, (1997).

El grupo inicia sus actividades en 1994, cuando el banco estadounidense Oppenhemier & Co. lo eligió para que le administrara inversiones en la Argentina. Luego, otros fondos de inversión lo imitaron. El ingreso de estos fondos de inversión al Grupo Exxel, denominados "private equity", se realiza a partir del aporte de ocho a diez millones de dólares y con el compromiso de renuncia del poder de veto de las adquisiciones del fondo. Por esta modalidad, que además impide a los inversores reclamar su dinero antes de transcurridos los primeros diez años de la inversión, el Grupo Exxel puede ser definido como una sociedad de inversiones a largo plazo: compra empresas, las ajusta, y las revende o las conserva. Los private equity nacieron hace menos de 20 años en los Estados Unidos y tienen entre sus inversores a bancos, aseguradoras y fondos de pensiones, mueven unos 115.000 millones de dólares por año en los Estados Unidos con un rendimiento promedio del 28% anual. Exxel junto con el Banco de Garantía Brasileño son las únicas empresas latinoamericanas que consiguen dinero de los fondos institucionales estadounidenses.

Las inversiones que ha realizado el grupo desde 1994 incluye la compra de empresas por más de 1.000 millones de dólares. Hoy cuenta con casi 13.000 empleados y una facturación anual cercana a los 2.000 millones, que le permite figurar entre las diez empresas más grandes de Argentina.

En su directorio participan tanto empresarios locales como internacionales de renombre y cuenta entre sus asesores con dos ex embajadores de USA en Argentina. De la larga lista de inversores tomamos los más conocidos: Aetna, Allstate, Brown University, Columbia University, General Electric Pension Trust, Massachusetts Institute of Technology (MIT), Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Oppenheimer and Co., Princeton University, Rockefeller & Co., The Ford Foundation, The Getty Family Trust, The Riverside Church of the City of N. York, The Travelers.

Sus inversiones abarcan rubros muy variados: salud, distribución de energía, cadenas de restaurantes, servicios de tarjetas de crédito, cadenas de locales de venta de música, empresas que venden material de construcción, correo privado, concesiones de depósitos fiscales en los aeropuertos, concesiones de locales de venta de productos sin impuestos en los aeropuertos, empresas de transporte de carga, y supermercados.

En salud el Exxel Group se posicionó en los tres subsectores (privado, seguridad social médica y estatal):

a) compró tres de los prepagos más prestigiosos que reúnen aproximadamente 190.000 asegurados y tiene una facturación de casi 260 millones de dólares al año. También compró tres importantes centros de internación y unificó todas las empresas bajo el nombre de SPM -Sistema de Protección Médica-, constituyéndose de este modo en el segundo prepago de Argentina;

b) compró una obra social residual, Witcel, que era del personal de la empresa del mismo nombre que dejó de operar. El interés por esta obra social provino de ver que, a través de esta operatoria, tenía la posibilidad de solicitar la aprobación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), para actuar como obra social "abierta", y recibir afiliados de las obras sociales sindicales al abrirse la libre elección en la seguridad social médica. El proceso de libre elección, es decir, que los afiliados de una obra social puedan decidir que su aporte vaya a otra, fue

aprobado a través de un decreto del Poder Ejecutivo Nacional a fines de 1996. Witcel fue autorizada a operar recibiendo afiliados. Durante el primer traspaso, que se realizó entre mayo y junio de 1997, la obra social del Excel Group que solo contaba con 300 beneficiarios, recibió casi 10.000 (ANSES, 1997). Witcel está bajo la administración de Sistema de Protección Médica; c) el grupo también realiza el gerenciamiento de la facturación de 27 hospitales y centros de salud estatales en la provincia de San Luis. Este contrato implicó la instalación del Exxel dentro de estas instituciones estatales, para desarrollar un sistema informático que permitiera clasificar a los pacientes según tengan cobertura de la seguridad social o sean indigentes. En ambos casos factura las prestaciones, por unas solicita el pago a las obras sociales, mientras que en el caso de los pacientes indigentes las facturas son remitidas al propio estado quien debe girar el pago al Exxel, para que lo deposite en la cuenta del hospital o centro de salud. El porcentaje que el Exxel cobra por este servicio es del 20%. Utiliza las instalaciones estatales y el personal de los servicios (a los que capacitó en el uso del sistema de facturación). La cantidad de personal que el Exxel aporta es mínimo. Por ejemplo, en uno de los hospitales regionales (que son los de mayor tamaño y complejidad) tiene cuatro empleados. La introducción de este personal también provoca problemas entre los empleados estatales, ya que los contratados por el Exxel cobran entre 1.000 y 1.500 dólares, mientras que el personal del establecimiento que realiza gran parte del trabajo recibe sus habituales sueldos, de entre 300 y 400 dólares. La forma de cooptar inicialmente al personal fue a través de la promesa de que habría un porcentaje de lo recaudado que se destinaría a incrementar los salarios. En casi dos años de operatoria del Exxel, el personal estatal no recibió nunca los "beneficios" del incremento salarial.

Los datos presentados son solo algunos de los que nos permiten llamar la atención sobre la importancia que está adquiriendo el sector salud de los países de América Latina, como un ámbito de alta rentabilidad para el capital financiero internacional. A esto es indispensable agregar que el resultado de la implantación de la reforma en Estados Unidos muestra crecientes dificultades de acceso a la atención, tanto para los asegurados como para los no asegurados, y crisis cada vez más profundas de los hospitales estatales y universitarios que forman las redes de prestadores de las MCOs (Kuttner, 1998).

Discusión

La reforma de los sistemas de salud latinoamericanos se inscribe en la lógica impuesta por el capital financiero multinacional, a partir de la reconfiguración capitalista que sobrevino luego de la crisis de mediados de la década del setenta. Dentro de esta lógica se van inscribiendo los diagnósticos y las respuestas sobre el tipo de reformas que se deben realizar en los países latinoamericanos, tanto los realizados por los gobiernos, como por los organismos multilaterales de crédito y cooperación, y los sectores ligados al capital financiero nacional y multinacional.

Las propuestas parten de diagnósticos que tuvieron cierto grado de veracidad, y por ello, fueron aceptados a nivel del sentido común de la población, y de muchos trabajadores e intelectuales del campo sanitario. Pero veracidad no es verdad. Veracidad desde la perspectiva teórica que tomamos, es aquello que en una situación determinada aparece como verídico o verificable en base al conocimiento generalizado y las experiencias vividas en un momento histórico. Mientras que verdad remite al punto de lo real contra el que choca un saber y lo declara caduco e insuficiente. A partir de este punto es posible hacer una apuesta hacia otro sentido, que puede ser completamente diferente a lo que parecía evidente en la situación anterior (Badiou, 1990).

Desde esta perspectiva, los diagnósticos que hablan de falta de eficiencia en el manejo de las instituciones estatales y de la seguridad social, de escasez de recursos que limitan la accesibilidad, de supresión de servicios, de excesiva burocratización, de baja capacidad de acoger y dar resolución a las demandas de la población, de crecimiento de los costos, etc., son veraces, y por ello compartidos por los usuarios y el conjunto de los actores del sector, porque hacen parte de su experiencia con los servicios. Estas experiencias constituyen un sustrato

facilitador, para la aceptación del discurso que las toma como base en la elaboración de sus proyectos de reforma, porque las experiencias se integran en los razonamientos realizados por las propuestas, mostrándolas como naturales y evidentes. Esto posibilita la modificación del sentido común sobre el proceso salud / enfermedad / atención, poco a poco se naturaliza una concepción que pretende mercantilizar todas las relaciones que se establecen en dicho proceso.

Las discusiones que por años fueron sostenidas, aun por la salud pública desarrollista, y que comportaban la idea de que la salud era una responsabilidad del estado y un bien público, fueron dejando lugar a los “complejos” discursos economicista, donde la gente y sus problemas desaparecieron, y todo pasó a ser una cuestión de recursos financieros y su escasez, o mala administración. Desde esta posición, lo único importante es la reorganización de las instituciones, para que actúen eficientemente y mantengan una adecuada relación costo-beneficio. La cuestión central pasa a ser la manera de gerenciar instituciones estatales y los fondos de la seguridad social.

Con la certidumbre de la imprescindibilidad de los cambios en el sistema de salud, muchos sectores ligados a la reforma aceptaron los instrumentos desarrollados por las organizaciones de atención gerenciada y elaboraron discursos que, en muchos casos, a pesar de querer diferenciarse del proyecto neoliberal, quedaron entrampados en su lógica. Sus propuestas técnicas quedaron enmarcadas en el posibilismo propio del pensamiento posmoderno. Este sostiene que no hay más alternativas que gestionar la realidad tal como se presenta (Iriart, C. & Spinelli, H.; 1994; Benasayag, 1996). De esta forma estos discursos que, insistimos, en muchos casos no tienen un compromiso con el proyecto en su conjunto, son facilitadores de la profundización de la reforma bajo el liderazgo del capital financiero multinacional.

La inserción del capital financiero multinacional, en los países latinoamericanos, está provocando un cambio sustancial en la composición del sector salud. Por ello, pensamos que es importante reflexionar sobre estas cuestiones, a la luz de los datos que muestran el rápido crecimiento de la participación del capital financiero multinacional en las reformas sectoriales latinoamericanas. Así como el hecho de que esta penetración se está realizando a partir de su ubicación en el sector privado, desde el que generan diferentes acciones que, como vimos lo van posicionando como administrador de fondos de la seguridad social médica y de instituciones estatales. Indudablemente, este es el punto a considerar porque las experiencias en Estados Unidos, donde inicialmente operaron e instalaron la atención gerenciada no muestran resultados satisfactorios para la población, para los prestadores estatales y universitarios, ni para los trabajadores de salud –profesionales o no profesionales-.

A los diagnósticos veraces, a los que se agregan soluciones en nombre del interés general, pero que solo representan a los sectores más concentrados del capital, parece importante oponerle un pensamiento crítico. Mostrar que esta forma de interpretar la situación no constituye la verdad, sino la gestión de la norma definida por dichos sectores. El pensamiento crítico, lo asumimos desde una perspectiva que lo considera un movimiento reflexivo de la conciencia sobre sus propios enunciados para poder “denunciarlos” como contruídos. No es opuesto, ni un estadio superior al sentido común, sino otro registro del pensamiento. El sentido común se percibe como un sexto sentido capaz de aprehender el orden del mundo exterior, y enunciar lo que es “normal y natural”, mientras que el pensamiento crítico se vuelve hacia esos enunciados “denunciándolos” como contruídos; problematiza aquello que parece evidente en una situación determinada (Benasayag & Charlton, 1993).

La reforma tal como la pretenden los discursos oficiales no es la única opción, ni la mejor desde la perspectiva de la salud de los conjuntos sociales, por el contrario muchos grupos están trabajando en proyectos alternativos, hacia ellos hay que mirar. En América Latina existen numerosos grupos que defienden la salud como un bien público y en favor de la Vida. Estos grupos se van perfilando con más potencia en los últimos tiempos, y están procurando a través de sus propuestas, mostrar que la visión predominante de la reforma no es la única, ni la más adecuada para resolver los problemas de salud de la población. Estos movimientos son más

fuertes en Brasil y en Ecuador, donde se expresan a través de la articulación de grupos ligados a universidades, a servicios de salud, a organizaciones no gubernamentales, a coaliciones indígenas y a partidos políticos. En Argentina y Chile, la resistencia es menor, pero se está profundizando a medida que se ponen en evidencia los resultados de la reforma comandada por el proyecto neoliberal. Se están produciendo articulaciones entre grupos ligados a universidades, organizaciones no gubernamentales y asociaciones de trabajadores. En Chile, el Colegio Médico y las organizaciones no gubernamentales han sido un núcleo de presión para contener el avance del sector privado. En Argentina, la Central de los Trabajadores Argentinos (CTA), a través de la Federación Nacional de Salud y del Instituto de Estudios y Formación, está abocada a nuclear a los grupos que están cuestionando la reforma oficial y trabajando en pos de ofrecer alternativas.

Esperamos contribuir con estos análisis a una mayor comprensión del proceso en su conjunto, para que los esfuerzos por construir estas alternativas, que se realizan en los espacios específicos (institucionales, comunitarios, municipales o estatales), no pierdan la perspectiva del proceso en el que sus acciones se inscriben.

APÉNDICE

Las instituciones e investigadores que participaron en el estudio financiado por la OMS, sobre la atención gerenciada en América Latina son: la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (institución principal), Argentina (Celia Iriart, investigadora principal; Silvia Faraone, Francisco Leone y Marcela Quiroga); el Departamento de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Campinas (UNICAMP), Brasil (Emerson Elías Merhy, investigador principal; Florianita Coelho Braga Campos); el Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social (GICAMS), Santiago, Chile (Alfredo Estrada, investigador principal; Enrique Barilari, Jaime Sepúlveda, Silvia Riquelme, Marilú Soto); el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), Quito, Ecuador (Arturo Capaña, Jaime Breilh investigadores principales, Marcos Maldonado, Francisco Hidalgo); y la Universidad de Nuevo México, Estados Unidos (Howard Waitzkin, investigador principal; Karen Stocker). Los coordinadores generales del estudio son Celia Iriart (investigadora principal) y Howard Waitzkin (co-investigador principal).

La investigación fue parcialmente financiada por la Organización Mundial de la Salud (Programa Especial para la Investigación y Entrenamiento en Enfermedades Tropicales), el Centro Internacional Fogarty de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (TW01982), la Agency for Health Care Policy and Research (1R01 HS09703) y los Dedicated Health Research Funds de la Universidad de Nuevo Mexico, Escuela de Medicina.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BENASAYAG, M. & CHARLTON, E., 1993. *Esta dulce certidumbre de lo peor. Para una teoría crítica del compromiso*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

BRESSER PEREIRA, L. C., 1995. Reforma Administrativa do Sistema de Saúde: Criação das Organizações Sociais, Coloquio Técnico previo a la XXV Reunión del Consejo Directivo del CLAD, Buenos Aires: mimeo.

FELETTI, R., LOZANO, C., 1997. *Reestructuración capitalista y endeudamiento externo latinoamericano*. Buenos Aires: Ed. Instituto de Estudios sobre Estado y

Participación IDEP/ CTA.

GARCÍA DELGADO, D. R., 1994. *Estado y sociedad, la nueva relación a partir del cambio estructural*, Buenos Aires: Ed. Tesis, Grupo Editorial Norma S.A.

IRIART, C.; NERVI, L.; OLIVIER, B & TESTA, M., 1994. *Tecnoburocracia Sanitaria. Ciencia, ideología y profesionalización*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

IRIART, C.; LEONE, F. & TESTA, M., 1995. Las políticas de salud en el marco del ajuste. *Cuadernos Médico Sociales*, 71: 5-21.

LAURELL, A.C., 1995. La salud: De derecho social a mercancía. En: *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud* (Laurell, A. C., coord.), pp. 9-31, México: Ed. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco/Ed. Representación en México de la Fundación Friedrich Ebert.

MERHY, E.; IRIART, C.; WAITZKIN, H., 1998. Atención Gerenciada: da micro-decisão corporativa à micro-decisão administrativa, um caminho igualmente privatizante? En: *Managed Care. Alternativas de Gestão em Saúde*, pp. 85-115. São Paulo: Ed. PROAHSA/Ed. Fundação Getulio Vargas.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL (Argentina), 1997. *Hospital Público de Autogestión*. Buenos Aires: Ed. MSAS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1996. *Nuevas Modalidades de Organización de los Sistemas y Servicios de Salud en el Contexto de la Reforma Sectorial: la Atención Gerenciada*, Washington, D.C.: OPS (HSP/SILOS-40).

STOCKER, K., WAITZKIN, H. y IRIART, C. 1999. The exportation of managed care to Latin America. *New England Journal of Medicine*, núm. 14, pp. 1131-1136.

TESTA, M., 1997. *Saber en salud. La construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

WAITZKIN, H., 1994. El dilema de la salud en Estados Unidos: un programa nacional de salud o libre mercado. *Salud y Cambio* (Chile), 5 (15): 24-38.

WAITZKIN, H., FISHMAN, J., 1997. Inside of System: The Patient-Physician Relationship in the Era of Managed Care. In: *Competitive Managed Care: The Emerging Health Care System* (Wilkerson, J., Devers, K. & Given, R., eds.), pp. 136-161. Ed. San Francisco: Jossey-Bass.