

Rol del Estado en los Sistemas de Salud con modelos de seguros múltiples en competencia

Por Santiago Spadafora



Médico Sanitarista,
Magíster en Sistemas de
Salud y Seguridad Social
por el Instituto
Universitario ISALUD,
Magíster en Dirección y
Gestión de Servicios de

Salud. Médico especialista en Administración Hospitalaria, en Terapia Intensiva y en Anestesiología.

1. Introducción

Esta tesis, que desarrolla una matriz de análisis de los Sistemas de Salud y sobre la base de ella, una investigación descriptiva documental/bibliográfica del Sistema de Salud de los Estados Unidos, pretende aportar elementos sustantivos para la toma de decisiones en el Sistema de Salud de la Argentina, en el marco de la dialéctica Estado/Mercado.

En el presente estudio, es posible visualizar que, en el país considerado no sólo el paradigma de modelo de sistema de salud con múltiples seguros en competencia, sino también el paradigma de democracia occidental, ideología liberal y economía capitalista, el Estado, lejos de la ortodoxia económica que propicia para los países en desarrollo, así como en otros aspectos de su economía, interviene de modo sustantivo para establecer las reglas de juego para los actores del sistema de salud y para alcanzar los objetivos del conjunto social en materia sanitaria.

Luego de una década de reformas neoliberales que propugnaron en la Argentina un Estado mínimo, las actuales autoridades responsables del Ministerio de Salud Nacional impulsan una administración proactiva en la programación, conducción, regulación, monitoreo y fiscalización del sector salud, intentando corregir las inequidades del sistema.

El presente trabajo pretende contribuir, con elementos de análisis, a la adecuada toma de decisiones en el real ejercicio de Rectoría Sectorial. Este cambio de rumbo en la política sanitaria es relevante dado que el principal determinante de un sistema de salud es el Estado, quien, a través del marco legal y de establecer a quien brinda cobertura de salud, de qué tipo, y cómo la financia, crea un escenario donde los diversos actores se desenvuelven.

seguros de salud, resulta un insumo relevante al proveer antecedentes y marcos referenciales para la toma de decisiones en política sanitaria.

La utilidad del desarrollo de esta investigación apunta a:

- Proveer antecedentes y marcos referenciales para la toma de decisiones.
- Proveer una matriz de análisis de los sistemas de salud.
- Aportar un exhaustivo análisis del principal exponente del modelo de sistemas sanitarios basado en la competencia de seguros de salud.

2. Descripción del problema

El problema abordado está referido a la carencia de elementos sustantivos de análisis, como ser el estudio de otras experiencias relevantes realizado con una metodología apropiada, por parte de quienes, en pos de lograr la desregulación del Mercado Argentino de la Salud, han intentado promover hasta la desaparición del Ministerio de Salud Nacional (en el marco de un modelo de sistema de salud caracterizado por la presencia de múltiples seguros en competencia), el que pareciera ser, el modelo que finalmente decantará en la Argentina.

Sin embargo, tal como lo reconoce el propio Joseph Stiglitz, aún países con una amplia tradición de políticas liberales y de economía de mercado, establecen regulaciones e intervenciones del Estado para alcanzar los objetivos planteados en las políticas Nacionales.

Sin apreciar estos hechos, sectores neoliberales, han impulsado de forma acrítica, dentro del sistema de salud Argentino, posiciones fundamentalistas de mercado, particularmente en términos de desregulación de las obras sociales y libre competencia de éstas con los seguros privados. Dichos sectores no han tenido en consideración que otros impulsores del fundamentalismo de mercado “hacia fuera”, como diversos gobiernos de los Estados Unidos, “hacia adentro”, aún durante el máximo apogeo del neoliberalismo, continuaron evolucionando con un modelo económico que, lejos de cualquier fundamentalismo, acepta la intervención del Estado de forma funcional a los intereses de la Nación, como Joseph Stiglitz reconociera.

El problema a analizar, centrado en el rol del Estado en un Sistema de Salud de múltiples seguros en competencia, plantea el siguiente interrogante: ¿Debe el Estado, en este tipo de sistemas de salud, desarrollar un marco de regulación de los actores intervinientes en el sistema, o por el contrario debe impulsar la desregulación del sector dejando actuar libremente, entre los diversos seguros, a las fuerzas competitivas del mercado?

Partiendo del interrogante formulado, se establece como objetivo general:

Analizar el rol del Estado en los sistemas de salud con modelo de múltiples seguros en competencia, en el marco de las políticas sanitarias y del debate Estado / Mercado.

Para el cumplimiento de este objetivo, se propone:

- Presentar una matriz de análisis de los sistemas de salud desde una doble perspectiva: a) considerando a éste como un sistema productivo; b) considerando los valores sociales compartidos por los usuarios como variables clave para la conformación del sistema
- Analizar el sistema de salud de los Estados Unidos, considerado paradigma del modelo de seguros de salud en competencia, siguiendo la matriz de análisis de los sistemas de salud.
- Proveer recomendaciones acerca del rol del Estado en Sistemas de Salud con múltiples seguros en competencia.

Por consiguiente, la función de Rectoría del Sistema de Salud, ejercida por parte del Estado, es clave aún en las sociedades más liberales y sistemas sanitarios con múltiples seguros de salud en competencia.

3. Metodología

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, se propone como metodología el estudio de casos, utilizando como fuentes de recolección de información las bibliográficas y documentales.

Las principales variables estudiadas fueron el rol del Estado en el Sistema de Salud de los Estados Unidos; percepciones y valores de la sociedad Estadounidense referidos a su Sistema de Salud; modelo de financiamiento del Sistema de Salud de los Estados Unidos; modelo de organización de la oferta de servicios en el Sistema de Salud de los Estados Unidos; modelo de atención del Sistema de Salud de los Estados Unidos.

El desarrollo de la matriz de análisis formulada apunta precisamente a la operacionalización de estas variables de estudio a través de los indicadores propuestos.

Los datos del Sistema de Salud de los Estados Unidos fueron recogidos a partir de las siguientes fuentes:

- Los informes técnicos publicados oficialmente por las diversas reparticiones del Ministerio de Salud Nacional de los Estados Unidos (Department of Health and Human Services –DHHS–).
- Artículos de publicaciones específicas del tema.

4. Presentación de la matriz de análisis de los Sistemas de Salud: desarrollo teórico

4.1 El Sistema de Salud como un sistema de valores y un sistema productivo

Para el desarrollo de la presente matriz de análisis de los sistemas de salud se partió del supuesto que para analizar de un modo sistematizado y contextualizado cualquier sistema de salud, es necesario describir tanto las características de su población de referencia (historia y valores), como sus tres modelos constitutivos: organización de la oferta, atención de la salud y financiamiento. Es por ello que se

recurrió a un esquema basado sobre los componentes de un sistema productivo.

Los componentes de todo sistema de salud pueden ser entonces descriptos siguiendo los seis ítems que conforman el modelo de cualquier sistema productivo:

1) Para quién: La población de referencia o extensión de la cobertura: La demanda: El conjunto de pacientes-usuarios-consumidores-clientes.

2) Qué: Las prestaciones o tipo de cobertura.

3) Quién: Los prestadores. Junto con el qué, constituyen la oferta.

4) Dónde: El nivel de atención; la propiedad de los establecimientos prestadores de servicios

Los ítems 2, 3 y 4, constituyen el modelo de organización de la oferta.

5) Cómo: el paradigma de modelo de atención

- Paradigma hospitalario
- Paradigma de Atención Primaria de la Salud

6) Con qué: el modelo de financiamiento

- Cómo se obtienen los recursos
 - Fondos públicos: Impuestos
 - Aportes y contribuciones
 - Pago de bolsillo
- Cómo se aplican los recursos (pago a prestadores)
 - Unidades agregadas: presupuestos, salarios y cápitales
 - Unidades desagregadas: prestación y módulos.

4.2 Características de la población comprendida por el Sistema de Salud

La población de referencia (el para quién), constituye la población de derecho: los usuarios, considerados en la actualidad, el centro del Sistema de Salud. Es fundamental conocer las características de la población de referencia, incluidos sus valores y sus expectativas, por cuanto constituyen uno de los principales determinantes de la demanda de un sistema de salud. Asimismo, la información que provee la población de referencia es dinámica, de modo que su actualización es obligada para decidir sobre las adecuaciones que requiere la gestión del sistema. Por lo tanto, es absolutamente necesario conocer las características en términos de valores así como las tendencias que observa la estructura y composición demográfica de la población de referencia (de derecho). Esencialmente es necesario conocer:

a) Valores referidos al Sistema de Salud:

1) Si la salud es principalmente un bien individual, por lo que su financiamiento debe ser fundamentalmente responsabilidad de cada una de las personas a través de los mecanismos de Mercado; o viceversa, la salud es principalmente un bien social, que debe ser distribuido equitativamente entre todos independientemente de la ca-

pacidad de pago, y por ende debe ser financiado colectivamente.

2) Si la modulación del sistema la ejerce el Estado a través de fijar tanto las políticas sanitarias como el marco legal y regulatorio o bien el Estado cumple solamente un papel mínimo, supletorio en aquellas actividades que no interesan al sector privado; o lo que es peor, está ausente, ya sea por concepción ideológica como por incapacidad. Esto es: si el Estado ejerce en el sistema un rol activo y de liderazgo o bien asume un rol pasivo y residual.

3)Cuál es el grado de libertad, de autonomía en el comportamiento de proveedores y usuarios que se está dispuesto a conceder o resignar. Esencialmente contrastando la autonomía con las restricciones económicas y la equidad.

b) Estructura y composición demográfica:

1) La cantidad de la población; su ubicación geográfica; si es urbana o rural (si está dispersa o concentrada). Son variables vinculadas al riesgo, a patologías regionales, a la utilización y a la accesibilidad a los servicios.

2) Los grupos etáreos de mayor edad, por cuanto tienen características epidemiológicas y de comportamiento que observan una mayor complejidad y un mayor costo.

3) El sexo femenino y la tasa de fecundidad.

Además de las variables demográficas, inciden en el tamaño de la demanda las siguientes:

- Las necesidades percibidas.
- Las expectativas respecto de la atención que debe recibir.
- La capacidad económica.

Considerando estas tres variables es posible reconocer tres tipos de poblaciones:

- *Población con adecuada percepción de las necesidades de salud* y con capacidad adquisitiva. El individuo asume rápidamente el rol de paciente o enfermo y tiene altas expectativas sobre el tipo de atención. Los cambios de los hábitos de vida y la acción preventiva pueden instrumentarse a través de la consulta.

- *Población con inadecuada o tardía percepción de las necesidades de salud* y con escasa capacidad adquisitiva. La definición de necesidad de salud pasa esencialmente por los expertos, por lo cual los programas de educación y prevención resultan imprescindibles.

- *Población con adecuada percepción de las necesidades de salud* y buena información, pero con *limitada capacidad económica*. Requiere ser subsidiada.

En la población de referencia se observan tres supuestos clave:

- La justicia en la cobertura (criterio de inclusión)
- La equidad y la accesibilidad en la provisión de los servicios
- La equidad contributiva en el financiamiento, en caso que éste sea público.

4.3 Modelo de organización de la oferta

En el modelo de organización de la oferta es necesario considerar:

- 1) El nivel de atención (dónde)
- 2) Los prestadores (quiénes)
- 3) Las prestaciones o tipo de cobertura (qué)

1. Nivel de atención

Los modelos de provisión de servicios se organizan en niveles de atención, de menor a mayor capacidad resolutive, comunicados por referencias y contrarreferencias. Se reconocen tres niveles de atención:

- Primer nivel: Atención ambulatoria (Centros de salud, Unidades Sanitarias, Policonsultorios, ...)
- Segundo nivel: Internación (Hospital) con especialidades básicas
- Tercer nivel: Internación (Hospital) con alta complejidad

2. Prestadores

Los prestadores, pueden clasificarse en:

- Prestadores individuales: Profesionales del arte de curar
- Organizaciones sociales: establecimientos prestadores de servicios

De acuerdo a la propiedad de los establecimientos prestadores de servicios, se reconocen:

- Prestadores privados
- Estado

3. Prestaciones

Las prestaciones, o tipo de cobertura que brinda un sistema de salud universalista, depende de la capacidad de gobierno y control por parte del Estado. Si éste tiene capacidad de gobierno y de control sobre el sistema, los servicios se implementan o se ven favorecidos según las prioridades fijadas en los objetivos sanitarios. En cambio, cuando el Estado no tiene capacidad de gobierno ni control, el eje de desarrollo de los servicios está en la presión de la oferta, según cuáles servicios sean dominantes en los hospitales públicos.

En los seguros privados existen diversos planes de beneficios (planes de cobertura), según las posibilidades económicas de cada comprador.

En los seguros sociales existe un sólo programa de salud de cumplimiento obligatorio para todos los agentes del sistema, quienes deben garantizar a sus beneficiarios –mediante servicios propios o contratados– el acceso oportuno, libre e igualitario a la totalidad de las prestaciones (acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud).

En el modelo de organización de la oferta se observan tres supuestos clave:

- Adecuación de la cobertura a las necesidades y demanda de la población.

- Resolución en el nivel adecuado y articulación de los niveles de atención.
- Continuidad de la atención.

4.4 Modelo de financiamiento.

El modelo de financiamiento es la función de recaudar fondos para ser aplicados en el pago de las prestaciones. Presenta dos vertientes o ejes:

- 1) El origen de los fondos o fuentes de financiamiento
- 2) La asignación o aplicación de los fondos o mecanismo de pago a los prestadores

Aunque los recursos económicos finalmente siempre surgen de las personas, es apropiado dividir su origen (las fuentes de financiación) en dos grandes grupos:

- Financiamiento **público**. Obligatorio: impuestos; aportes y contribuciones
- Financiamiento **privado**. Voluntario: pago de bolsillo

El origen de los recursos dio origen a los tres modelos de sistemas de salud:

- **El sistema estatal (nacional, provincial y municipal)**, cuya fuente de financiación son los impuestos
- **El sistema de seguro social**, con base en aportes y contribuciones de empleados y empleadores
- **El sistema de seguro privado**, cuyo principal componente financiero es el privado

El análisis de la **aplicación de los recursos** puede hacerse de dos formas.

1. Considerando **la forma** como se financian las prestaciones
 - Pago directo de las personas sin seguro
 - Pago directo de las personas aseguradas, con reintegro por parte del seguro
 - Pago indirecto, por parte de terceros, a través de contratos
 - Pago indirecto, por parte de terceros, a través de presupuestos, dentro de organizaciones con integración vertical
2. Considerando cuál es **el objeto** del financiamiento
 - El financiamiento o subsidio de la oferta
 - El financiamiento o subsidio de la demanda

Como regla general, las formas de pago directas financian la demanda y se corresponden con los mecanismos más desagregados de pago a prestadores: pagos por prestación y modulares; mientras que las formas de pago indirectas financian la oferta y se corresponde

con los mecanismos más agregados de pago a prestadores: pagos de salarios, presupuestos históricos y contratos por cápitas.

En el modelo de financiamiento subyacen los siguientes tres supuestos clave:

- Eficiencia y calidad
- Conocimiento de productos y costos
- Existencia de mecanismos actuariales en los seguros

4.5 Modelo de atención de la salud

El modelo de atención de la salud, se refiere al equilibrio presente en el sistema, entre los dos paradigmas:

- 1) Paradigma Hospitalocéntrico
- 2) Paradigma de Atención Primaria de la Salud (APS)

El paradigma hospitalocéntrico hace referencia al modelo de aten-

ción curativo, hospitalario, medicalizado y sobrespecializado, que deja fuera a quienes no pueden concurrir al hospital. Sus principales problemas, además de la falta de enfoque integral de la salud, son la equidad y la accesibilidad.

El paradigma de APS, constituye esencialmente una estrategia de salud pública para acercar allí donde las personas viven, elementos sustantivos del proceso continuo del cuidado de la salud, tanto de promoción y prevención, como de atención y rehabilitación, procurando la resolución de los problemas de salud en el nivel más apropiado. Cuatro elementos caracterizan a la APS: atención inicial, continua, comprensiva y coordinada.

En el modelo de atención de la salud se observan los siguientes supuestos clave:

- Equilibrio entre los Paradigmas: Hospitalocéntrico y APS
- Integralidad y continuidad de la atención, particularmente de los pacientes con enfermedades crónicas
- Práctica de Medicina Basada en la Evidencia (MBE)

Matriz de análisis propuesta



5. Análisis de los datos y su interpretación: estudio del caso “El Sistema de Salud de los Estados Unidos”

El estudio acerca de las características del Sistema de Salud de los Estados Unidos, ha sido desarrollado sobre la base de la matriz de análisis de los Sistemas de Salud presentada anteriormente y se obtuvieron los siguientes núcleos de análisis:

- El Sistema de Salud de los Estados Unidos es el Sistema de Salud paradigmático de seguros privados en competencia. De hecho el *Private Health Insurance System* es el sistema de seguros privados de salud de mayor desarrollo en todo el mundo y el principal sistema por el cual se financia la atención de la salud de la población Estadounidense, ya que casi las tres cuartas partes de la población posee algún tipo de estos seguros.
- Sin embargo, el rol del Estado en el sistema de salud del país considerado paradigma de democracia occidental, ideología liberal y economía capitalista con seguros de salud en competencia, se encuentra en las antípodas de quienes impulsan en la Argentina no sólo la desregulación del sistema de salud sino también la desaparición del Ministerio de Salud Nacional.
- El presente trabajo, realizado sobre la base de una matriz de análisis desarrollada para el caso, contribuye, a través del exhaustivo estudio del Sistema de Salud de los Estados Unidos, a establecer claramente que en dicho país, el Estado juega, y ha jugado, aún en la época de mayor auge de las políticas neoliberales (1981/1989), un rol central en la regulación del sistema de salud.
- Existe, en Estados Unidos, una rectoría del Sistema de Salud por parte del Estado con los siguientes valores compartidos:
 - La salud es considerada más un valor individual que social.
 - Es ampliamente aceptado por el conjunto social que el Estado no garantice de forma explícita el acceso a los servicios de salud y que casi no provea directamente servicios de asistencia de la salud, sino que los financie.
 - Existe una tradición de autonomía y una creciente presión social por alcanzar una mayor libertad, tanto de las personas en la elección de prestadores de salud y terapias, como de los proveedores de servicios de salud para soslayar las regulaciones.
- La existencia de una rectoría del Sistema de Salud por parte del Estado, que aún más, se va acrecentando con el tiempo, queda demostrada por los siguientes hechos:
 - 1) El Ministerio de Salud Nacional (DHHS), en lugar de decrecer, a lo largo de los años ha ido incorporando Agencias (y por ende funciones) e incrementando sistemáticamente su presupuesto (aún en un sistema basado en seguros que compiten).
 - 2) El DHHS desarrolla 11 políticas sustantivas en salud:
 - a. La política Nacional de Investigación en el campo de la salud, a través de los Institutos Nacionales de Salud.
 - b. La política Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, a través de la Administración para el control de Medicamentos y Alimentos.
 - c. La política Nacional de Asistencia a las Familias con necesidades sociales y económicas, a través de la Administración para Niños y Familias y el programa Medicaid.
 - d. La política Nacional de Vigilancia Epidemiológica, a través de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades.
 - e. La política Nacional de atención de las personas ancianas y las personas pobres, a través de la Administración para las personas mayores, el programa Medicare, Medicaid y Schip.
 - f. La política Nacional de atención de la población Indígena, a través de los Servicios de Salud para la población Indígena.
 - g. La política Nacional de control de las Substancias Tóxicas, a través de la Agencia para el Registro de las Substancias Tóxicas y las Enfermedades asociadas.
 - h. La política Nacional de Aseguramiento de la Calidad en la Atención de la Salud, a través de la Agencia para la Investigación y la Calidad en el Cuidado de la Salud.
 - i. La política Nacional de Salud Mental y Adicciones, a través de la Administración para Servicios de Salud Mental y Abuso de Substancias Adictivas.
 - j. La política Nacional de Cuidado del Ambiente, a través de la Agencia para el Cuidado del Medio.
 - k. La política Nacional de Salud Ocupacional, a través de la Agencia de la Salud Ocupacional.
 - El Estado destina como presupuesto público de salud, en términos de porcentaje del PBI, un 6,2%, lo cual es ligeramente superior a la media del porcentaje del gasto público que los Estados Europeos asignan a sus respectivos sistemas de salud (6% del PBI), máxime cuando éstos últimos son modelos Universalistas o de Seguro Social.
 - El Ministerio Nacional de Salud (DHHS) posee 12 administraciones, la mayoría de las cuales son pioneras en todo el mundo en el desarrollo de investigaciones y regulaciones del sector. Como la Agencia para la administración de los alimentos, drogas y tecnología (FDA) y el Centro para el control de las enfermedades (CDC).
 - Los Estados Unidos realizan, desde el sector público, concretamente a partir de los Institutos Nacionales de Salud (NHI), la más alta inversión del mundo en investigación en el área de la salud:

27.300.000.000 de dólares anuales (2003). A esto debe sumarse el presupuesto de la Agencia para la investigación en calidad de la salud (AHRQ) que invierte 252 millones de dólares (2003) en: Ayudar a los consumidores a tomar las mejores y más informadas decisiones; determinar los caminos diagnósticos y terapéuticos más eficaces; medir, evaluar y mejorar el acceso y la calidad de la atención de la salud y la entrega de servicios de salud; y, mejorar la relación costo/efectividad de los recursos asignados al Sistema de Salud

- El Ministerio de Salud Nacional (DHHS) provee subsidios a través unos 60 programas federales que promueven el bienestar económico y social de los individuos, familias y comunidades carecientes, por un monto de 46.966 millones de dólares anuales (2003). Si consideramos que en Estados Unidos existen alrededor de 33 millones de personas en condiciones de pobreza (familia de cuatro miembros cuyos ingresos anuales son menores a 17.650 dólares), puede inferirse que sólo desde el Ministerio de Salud Nacional se establecen subsidios equivalentes a un promedio de 1.450 dólares anuales (120 dólares mensuales) por cada persona que se encuentra por debajo de la línea de pobreza.
- El Ministerio de Salud Nacional (DHHS), no permite al Mercado fijar los precios de las prestaciones que financia el Medicare, el principal seguro público (40 millones de beneficiarios). Ni lo permitió durante el máximo esplendor del gobierno Republicano neoliberal de Ronald Reagan. Los precios de las prestaciones del Medicare los establece el Estado a través de una comisión bicameral.
- El Estado mantiene la integralidad de su seguro público para ancianos (Medicare) con un enorme volumen de compra que le confiere una gran capacidad de formar precios e imponer modelos de atención.
- A pesar de existir en los Estados Unidos una agencia de acreditación no estatal (Joint Comisión) mundialmente reconocida en lo referente a la garantía de la calidad de la atención médica, los seguros públicos de salud, esto es, el Gobierno Federal, no resignan la autoridad y la facultad de acreditar las organizaciones que contratan para brindar prestaciones a sus beneficiarios. Los establecimientos que quieren brindar servicios para usuarios del Medicare, Medicaid y SCHIP son acreditados por el Estado.
- En Estados Unidos los seguros privados de salud están más regulados que en la Argentina. Numerosas leyes procuran la defensa de los usuarios:
 - En 1973, a través de la Ley de promoción de las Managed Ca-

re Organizations, se establecieron estándares organizativos, de funcionamiento y calidad de los seguros privados.

- En 1974, a través de la Employee Retirement Income Security Act (ERISA), se establecieron regulaciones acerca de: La provisión de información acerca de las características de los beneficios que brindan a los usuarios; la responsabilidad patrimonial de quienes manejan los activos de terceros; las instancias de quejas y apelaciones para los beneficiarios; y, el derecho de los beneficiarios, a iniciar un juicio contra las compañías aseguradoras.
- En 1982, la Ley de Equidad Impositiva y Responsabilidad Fiscal (Tax Equity and Fiscal Responsibility Act: TEFRA), obligó a las Managed Care Organizations a obtener la “Calificación Federal” (set rigurosos de estándares) para poder participar de los programas Federales de Medicare “Contrato de Costos y Riesgo” o Estaduales de Medicaid y SCHIP.
- En 1994, la Ley Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA), otorgó a los trabajadores y sus familias, el derecho de continuar su cobertura de salud (seguro privado) por un tiempo limitado, después de ciertos eventos, como la pérdida del trabajo o la muerte.
- En 1996, la Ley Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), estableció que los planes de salud privados grupales (obtenidos a través del empleo ó group health plans) no pueden negar la cobertura de algunos individuos del pool, por su condición de salud previa (selección por riesgo). Tampoco cuando los beneficiarios pasan de un trabajo a otro.
- Diversas Leyes de enmienda a la Ley ERISA, que progresivamente fueron promulgadas, aumentaron la protección de los beneficiarios de seguros privados: Newborns’ and Mothers’ Health Protection Act, de protección de la madre y el recién nacido; Mental Health Parity Act, de protección de pacientes con patología mental; Women’s Health and Cancer Rights Act, de protección de pacientes mujeres y pacientes con cáncer
- Cada Estado regula los seguros privados de salud, además de la Ley Federa ERISA, a través de organizaciones denominadas “Comisionados de Seguros” las cuales tienen competencia para regular las primas de los pólizas o establecer que todos los seguros privados deban proporcionar una determinada cobertura prestacional.
- Progresivamente se han incorporado Leyes que obligan el financiamiento de acciones específicas de salud para poblaciones en riesgo sanitario:
 - 1988: McKinney Act, por la cual se comenzó a proveer atención de la salud financiada desde el Estado a las personas sin hogar (homeless).

- 1990: Ryan White Comprehensive AIDS Resource Emergency (CARE) Act, por la cual se comenzó el financiamiento estatal de determinadas poblaciones que padecían SIDA y no poseían un seguro de salud.
- 1993: Vaccines for Children Program, estableció el compromiso estatal de proporcionar vacunas para niños de familias pobres
- 1999: Ticket to Work and Work Incentives Improvement Act, Ley de incentivos para el trabajo de los discapacitados.
- En 2002, a partir del ataque a las torres gemelas de New York del año anterior, se activó el primer uso del programa de Reserva Nacional de Productos Farmacéuticos del país, por medio del cual **todos los laboratorios de especialidades medicinales deben producir y poner a disposición del Gobierno Federal, aquellos medicamentos que la comunidad requiere.**
- En la actualidad se está debatiendo una nueva legislación acerca de los derechos de los pacientes (Patients Bill of Rights; PBOR), que intenta proveer más derechos a los usuarios de los seguros privados, dentro los cuales se encuentran algunos de sus reclamos más frecuentes: el derecho a entablar juicio a las seguros privados con menos requisitos de los actuales; el derecho a que sea cubierta una segunda opinión, con un proveedor externo al seguro y prestador contratado por este; el derecho a que sean cubiertas las derivaciones realizadas a prestadores por fuera de la red de proveedores del seguro privado; la cobertura integral de los servicios de urgencia; y, el acceso a prestaciones no cubiertas

Por todo lo expuesto, la posición de quienes en la Argentina sostienen que el Estado debe retirarse de la regulación del sistema de salud, en un escenario de múltiples seguros en competencia, ni siquiera está avalada por la realidad del país donde ese modelo de sistema de salud es paradigmático.

La posición resulta aún más endeble si se consideran los diferentes contextos, históricos, sociales, económicos y políticos, en los cuales, los sistemas de salud de Argentina y Estados Unidos, se han desarrollado.

6. Conclusiones y Recomendaciones

6.1. Recomendaciones en relación al rol del Estado en los Sistemas de Salud con múltiples seguros en competencia

En referencia al rol del Estado en los Sistemas de Salud con modelos de múltiples seguros en competencia, es posible formular las siguientes recomendaciones:

- Evitar el pensamiento lineal, causa-efecto, en el análisis de sistemas complejos, tales como los sistemas de salud.
- Comparar los Sistemas de Salud considerando todas las variables de los modelos de financiamiento, organización de la oferta y atención de la salud.
- Considerar siempre los contextos, históricos, sociales, económicos y políticos, en los cuales se desarrollan los sistemas de salud.
- Establecer cuáles son los valores que sostiene la sociedad donde se desarrolla el sistema de salud, el rol del Estado en la rectoría del sistema y la autonomía de prestadores y usuarios.
- Analizar sistemáticamente y de forma crítica, las experiencias internacionales referidas a la evolución y las reformas de los Sistemas de Salud.

6.2 Recomendaciones en relación a la Dialéctica Estado/Mercado

- En referencia al marco de análisis que aquí se presenta, es recomendable impulsar la conciliación entre ambos paradigmas: el Estado como corporización de la actividad política y el Mercado como corporización de la actividad económica.
- En una clara comprensión de los diferentes roles, y con una firme voluntad política, es factible compatibilizar los valores privados, esto es, la plena libertad para los emprendimientos personales en la vida económica y/o social y la competencia entre individuos diferentes, con la preservación, promoción y garantía legal e institucional de la equidad.
- En definitiva, es preciso que exista en Argentina un Estado cumpliendo eficientemente sus funciones, conjuntamente con un Mercado que funcione en forma libre y transparente, y a su vez, que exista como contraparte de ambos actores, espacios institucionales con capacidad de poner límite a todo abuso por parte de cualquiera de ellos: la comunidad organizada.
- En este marco, es absolutamente prioritario impulsar y liderar un conjunto de actividades destinadas a la promoción de la participación, asociación y organización de las bases sociales:
 - Facilitar la formación de organizaciones no gubernamentales en cuyo seno puedan canalizarse las diversas vocaciones de participación de las personas.
 - Permitir que estas asociaciones y organizaciones sociales no gubernamentales asuman cada vez roles más decisivos en la gestión y el control de los servicios de finalidad pública.
 - Facilitar la constitución de asociación de consumidores que exijan máxima calidad en el proceso de producción de bienes y servicios.
 - Favorecer la participación de las organizaciones sociales en la vida municipal, desde la asistencia de las necesidades primarias hasta el llevar adelante programas integrales como el de

“Ciudades Sanas”.

- Promover espacios de representación de las organizaciones intermedias en las estructuras político-partidarias.
- Resulta fundamental también trabajar incansablemente en el fortalecimiento de las familias y en el impulso decidido de la inversión social, apuntando al desarrollo del Capital Humano y el Capital Social de la Nación.
- La inversión social ha de impulsarse por diversos medios, particularmente a través de la promoción y el amparo de nuevas formas de trabajo productivo en las pequeñas y medianas empresas y la transformación del sistema educativo, para que la educación alcance a todo el conjunto social y sea una herramienta efectiva pa-

ra el desarrollo humano y acompañe coherentemente el proceso de transformación científico-tecnológica.

- Es estratégico potenciar la construcción de un Capital Social por medio de una firme promoción de la educación y del trabajo, para alcanzar un desarrollo sostenido de la Nación que nos permita superar la grave situación de pobreza que nos envuelve.
- Por consiguiente, es necesario conjugar ambos paradigmas de tal modo que no se contraponga individualismo a solidaridad o libertad a equidad, o ciudadano a Nación o Estado a Mercado, sino buscar la articulación virtuosa entre la necesidad de facilitar las libertades individuales para desarrollar emprendimientos en ámbitos de competencia, y la necesidad de promover la equidad y la integración Nacional.

Bibliografía

- Aguad, Alfredo, Paganelli, Alberto y Palmeyro, Alejandro. *Medicina Pre-paga: Historia y futuro*. Ediciones ISALUD. 1999.
- Belmartino, Susana y Bloch, Carlos. *El Sector Salud en la Argentina*. Editorial Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires 1994.
- Blendon, R.J, Taylor, H. *Views on Health Care: Public Opinion in three Nations*. *Health Affairs*, Spring, 149/159. New York. 1989.
- Bodenheimer, T. *Private Insurance Reform in the 1990's: Can it solve the Health Care Crisis?* *International Journal of Health Services*, 22 (2): 1993.
- Camarero Santamaría, Jesús. *El déficit social neoliberal: Del Estado del bienestar a la sociedad de la exclusión*. Pág. 56. Editorial: Sal Terrae. Bilbao. 1998.
- Clancy, C., Himmelestein D. U., Woolhandler, S. *Questions and Answers about Managed Competition*. *International Journal of Health Services*, 23 (2): 1993.
- Consejo Empresario Argentino (CEA) y Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL). *El Sistema de Seguridad Social: Una propuesta de reforma*. 1995.
- Cuello, Raúl. *Bases para la recuperación integral de la Argentina*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 2003.
- De Leuw, N. and Greemberg, G. *The Reform of Health Care Systems, a Review of Seventeen OECD Countries*. OECD 1994.
- Díaz-Muñoz, A. R., Levcovich, M., Lima Quintana, L. y Ramos, S. *Sistemas de Salud en procesos de reforma*. OPS OMS. Buenos Aires. 1994.
- Edgdahl, R. H. and Walsh, D. C. *Industry and HMOs: A Natural Alliance*. New York: Spinger-Verlag. 1978.
- Ellwood, Wayne. *La Globalizzazione*. Editorial Carocci. Roma. 2003.
- Enthoven, A. C. *Employment-based Health Insurance is Failing: Now What?* *Employer Insurance; Health Affairs*. 2002.
- Enthoven, A. C. *Managed Competition of Alternative Delivery System*. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 13; 305-322, 1988.
- Feijoo, María del Carmen. *Nuevo país, nueva pobreza*. Editorial: Fondo de cultura económica. Buenos Aires. 2003.
- Fuchs, V. *The Health Sector's Share of Gross National Product*. *Science* 247; 534-538. 1990.
- Ginés González García. *Más salud por el mismo dinero*. Ediciones Isalud. 1999
- Ginés González García. *Salud para los Argentinos*. Pág. 147. Ediciones I-salud. 2004.
- Giordano, Osvaldo y Colina, Jorge. *Las Reformas al Sistema de Salud: El Camino hacia un Sistema Universal, Equitativo y Eficiente?* Editorial: Novum Millenium. 2000.
- Halperin Donghi, Tulio. *Historia contemporánea de América Latina*. Editorial Alianza. 2000.
- Health Insurance Association of America. *Managed Care: Integrating the Delivery and Financing of Health Care. Part A*. Washington: HIAA. 1996.
- Health Insurance Association of America. *Managed Care: Integrating the Delivery and Financing of Health Care. Part B*. Washington: HIAA. 1996.
- Health Insurance Association of America. *Source Book of Health Insurance Data*. Washington: HIAA. 2000.
- Jonas, S. *An Introduction to the U.S. Health Care System*, 3rd. edition. New York: Springer Publishing Company. 1992.
- Jonas, S. *Health Care Delivery in the United States*. New York: Springer Publishing Company. 1986.
- Lavagna, Roberto. *Neoconservadurismo versus capitalismo competitivo*. Editorial Fondo de cultura económica. Buenos Aires. 1999.
- Lenin (Vladimir Ulich Ulianov, (1909). *Materialismo y empiriocriticismo*.
- Long, M. L. *The Medical Care System*. Michigan. 1994.
- Luna, Félix. *Historia integral de la Argentina, tomo 5 y 7: la independencia y sus conflictos*. Editorial Planeta. Buenos Aires. 1997.
- Mayer, T. R. and Mayer, G. G. *HMOs: Origins and developments*. *New England Journal of Medicine* 312; 590-594. 1985.
- Mazzáfero, Vicente Enrique. *Medicina en la Salud Pública*. Pág. 6. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 1994.
- Miralles, Joseph. *El Estado de Bienestar: Debates y perspectivas*. Seminario de la Universidad ESADE (Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas –Madrid y Barcelona–) Editorial: Alianza. Madrid. 2003.
- Muñoz de Bustillo. *Crisis y futuro del Estado de Bienestar*. Pág. 55. Editorial Alianza. Madrid. 1989.
- OECD Health Data 2000: *A Comparative Analysis of 29 Countries*; 2.000 Interactive Database. OECD Washington Center.
- OECD. *The reform of health care systems: A review of seventeen OECD Countries*. France. 1994.

- Oficina del Presupuesto del Congreso de los Estados Unidos. How many people lack Health Insurance and for how long. Washington. 2003.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Salud Pública en las Américas. Parte II, pág. 59. Editorial: OPS. Washington. 2002.
- Organización Panamericana de la salud. La atención gerenciada. Washington. 1995.
- Osborne, David y Gaebler, Ted. La reinención del gobierno: La influencia del espíritu empresarial en el sector público. Editorial Paidós. Barcelona. 1994.
- Paganini, José María y Chorny A. H. Los sistemas locales de salud: desafío para la década de los noventa. Edición Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 109, págs. 5-6. Washington. 1990.
- Payne, S. M. C. Identifying and Managing Inappropriate Hospital Utilization: A Policy Synthesis. Health Service Research 22; 712-733. 1987.
- Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación y Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Argentina. Mayo de 2004.
- Raffel, M. W. and Raffel, N. K. The Health System of the United States. Health Care and Reform in Industrialized Countries: The Pennsylvania State University Press: 263-289. 1997.
- Reinhardt, U. E. The Health System of the United States: Lessons for Other Countries. An International Assessment of Health Care Financing. The World Bank. 1995.
- Seoane, María. Argentina: El siglo del progreso y la oscuridad. Editorial: Grupo Planeta. Barcelona. 2004.
- Stiglitz, Joseph. Conocimiento para el desarrollo: ciencia económica; política económica y consejos económicos. Banco Mundial. Conferencia anual del Banco Mundial en Desarrollo Económico de 1998. Washington 1999.
- Stiglitz, Joseph. Políticas de desarrollo en un mundo globalizado. Artículo presentado en el seminario del Banco de Desarrollo Social (BNDES) "Nuevas tendencias para el desarrollo económico". Río de Janeiro. 2002.
- Tobar, Federico y Rodríguez Riccheri, Pilar. Hacia un federalismo Sanitario Efectivo. Editorial Isalud. Buenos Aires. 2004.
- Toffler, Alvin. El cambio del poder. Editorial Plaza y Janes. Barcelona. 1992.
- Veronelli, J. C.; Rodríguez Campoamor, N. La Política Sanitaria Nacional. Ediciones Cuadernos de Salud 6/7. Buenos Aires. 1970/1971.
- Weiner, J and Lissovoy G. Raising a Tower of Babel: A Taxonomy for Managed Care and Health Insurance Plans. Journal of Health Politics and Law 18 (1) Spring. 1993.
- White, K.L. The task of medicine. Kaiser Family Foundation. Washington. 1988.