

Sindicalismo y sector salud en la Argentina de los noventa

Marcelo Montes

1. Introducción

El presente trabajo es el fruto de seis años de investigación y actividad profesional en el campo de la salud estatal y privada, tanto en organismos oficiales como en cámaras privadas. Los espacios ocupados y la vinculación con actores relevantes como funcionarios, sindicalistas, empresarios, médicos, economistas y otros profesionales, le permitieron al autor de este *paper*, convertirse en un testigo privilegiado de la toma de decisiones al interior de diferentes instituciones y las posiciones estratégicas que fueron adoptando aquéllos, durante la llamada década de la Administración Menem.

Precisamente, la principal motivación de esta investigación, se basa en la necesidad de ilustrar *con suficiencia, el poderoso peso institucional que todavía conserva el sindicalismo argentino*, a pesar de la evolución negativa de su imagen pública y la fuerte embestida política emprendida contra ellos por el Gobierno que hacia fines de este siglo termina su mandato.

La preocupación hacia el futuro, está marcada por observar cómo seguirá operando este importante actor en el sector, amén de que también se ha agregado en los últimos años una figura nueva, de creciente preponderancia, como la del médico-empresario o gerenciador de convenios, en no pocos casos, socio de los gremialistas. Estos parecen ya no ser una amenaza política para el orden democrático, como otrora lo fueron, en los años sesenta, setenta y por qué no, en los ochenta de la gestión Alfonsín, pero *sí constituyen un enclave que dificulta la mayor competitividad internacional de la Argentina, al defender una institucionalidad laboral y de salud, disfuncional al "modelo" emprendido y opera como una barrera al pluralismo democrático al interior de sus propias organizaciones.*

¿Serán *el Mercado Laboral y el Sector Salud* los últimos reductos que los perpetuos "caciques" sindicales podrán custodiar aunque finalmente caigan bajo el yugo globalizador inexorable? O, auxiliados deliberadamente desde el poder político, como lo fueron durante la era Menem ¿podrán sobrevivir y hasta refortalecerse, iniciando una nueva escalada económica y política, que les permita permanecer como actores inevitables a la hora de negociar con los ahora poderosos empresarios extranjeros y los pocos nacionales que quedan, creando un efecto-demonstración para otros grupos de presión, hoy "anestesiados" y consolidando así, una suerte de economía "corporativizada" de mercado? (Schmitter 1974)

A diferencia de otros enfoques formulados desde la Economía de la Salud, con visiones más inclinadas al institucionalismo (Panadeiros 1992) o al sanitarismo (P. De Molinero 1992), como desde el Análisis Político, lo novedoso de la actual exploración es su ya expuesta cercanía vivencial con los actores, lo cual maximiza su capacidad descriptiva y predictiva, con un marco teórico nítidamente sustentado en *el Neoinstitucionalismo y la Teoría de la Acción Colectiva, desde una perspectiva de la Elección Racional* (Barry 1974; Buchanan y Tullock 1993; Olson 1965 y 1986; Pauly 1995; Ward 1997).

2. Desarrollo central del trabajo

2.1. Carencia de Institucionalidad

La ausencia de instituciones, es decir, las reglas de juego en las cuales los actores desarrollan sus actividades y toman sus decisiones, determina pobres rendimientos según el sector del que se trate. En términos generales, cuando las reglas de juego generan confianza, estabilidad y protección de los derechos, las personas se dedican a actividades productivas, la clave del crecimiento económico (North, 1990; Tommasi, 1997 y 1999).

El sector Salud en Argentina carece de lógica sistémica. Está excesivamente fragmentado en diversos financiadores (Obras Sociales de distinto origen, nacionales, provinciales, PAMI, estatales, gerenciales, de empresas, Prepagas, Mutuales, Fundaciones, Hospitales de Colectividad, etc.), con multiplicidad de regulaciones o exigencias normativas, tipos de cobertura y cargas impositivas.

En Salud, instituciones que reduzcan los costos de transacción, como la libre opcionalidad sistémica de los beneficiarios; el financiamiento vía Rentas Generales y mínimamente en impuestos al salario; las exigencias de solvencia financiera y patrimonial para los entes financiadores; la información transparente para los beneficiarios; los mecanismos de contención de costos sustentados en tasas actuariales y la focalización en el gasto público, están por completo ausentes.

A diferencia del régimen jubilatorio de Administradoras de Fondos, Jubilaciones y Pensiones (AFJP) o de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (ART), no existe una ley (similar a la 24.241 o a la 24.557), que establezca claramente el escenario en donde se van a desenvolver los operadores. Las Leyes de Obras Sociales y del Sistema Nacional del Seguro de Salud (23.660 y 23.661) fueron muy genéricas ya que sólo definieron un marco de actuación, pero no las reglas de juego específicas (Marcú 1997).

El Estado argentino en Salud, así como en otras actividades, ha sido y es, paradójicamente, omnipresente y débil al mismo tiempo. La omnipresencia estatal se refleja en una frondosa y muchas veces, contradictoria e incumplible legislación -por ejemplo, en el nivel provincial-. Su debilidad se traduce en la incapacidad de cumplir sus verdaderas funciones con un mínimo de eficiencia y *en el hecho de ser "capturado" por los grupos de interés que lo utilizan para conquistar rentas.* (Tommasi 1999).

Una legislación demasiado reglamentarista, la falta de coordinación interjurisdiccional, la existencia de terceros pagadores como las Obras Sociales, que cubren "todo" a cualquier precio, la ausencia de instrumentos racionales de pago a los médicos, la fragmentación de abonos prepagos en relación a entes financiadores semipúblicos, etc., pueden ser -como lo han sido en Argentina-, factores muy perturbadores para un sistema de salud, al punto de impedir que funcione adecuadamente.

A diferencia de los enfoques sanitaristas, que enfatizan como factores decisivos en la crisis, excesos en la oferta (la puja distributiva, la plétora médica, la comercialización farmacéutica, la sobreinversión tecnológica), *la visión neoinstitucionalista de este trabajo, hace hincapié en la presencia de incentivos o desincentivos, que afectan el comportamiento de los actores, potenciando sus efectos positivos o negativos para la eficiencia del sistema.* Conflicto,

improductividad y corrupción en el sector Salud, son los frutos no deseados, pero inevitables, de restricciones institucionales, que están ausentes o incorrectamente diseñadas.

El cambio de estas perversas reglas de juego, puede obrar positivamente para direccionar mucho mejor esos cuantiosos recursos que el país gasta anualmente, a partir de un más favorable comportamiento de los actores.

2.2. Magros resultados

En términos de Capital Humano, se requiere que toda erogación en Salud, sea una correcta inversión, es decir, esté eficazmente administrada y focalizada en los que menos tienen. En realidad, una población sana, con las calorías suficientes, sin elevadas tasas de ausentismo laboral, inmunizada por vacunas, tiene mayores posibilidades que otras, sometidas a flagelos como desnutrición o epidemias, de constituirse en una fuerza mayormente productiva (Fuentes y Vatter 1991; Stigler 1992).

En este sentido nuestro país, hallándose en franco proceso de deterioro económico histórico, por detrás persistentemente en el ranking del Índice de Desarrollo Humano (IDH), de países otrora relegados, como Chile, Costa Rica y Uruguay, se las ha ingeniado para mantener, al lado de sus déficits sociales en el piso mínimo, que lo asemejan a un país pobre y subdesarrollado, tasas de envejecimiento demográfico, perfiles de morbi-mortalidad y por ende, erogaciones (24.500 millones de dólares anuales, un 8,2% del PBI), similares proporcionalmente a los de países desarrollados (Banco Mundial 1993; BID 1993).

En el aspecto vinculado con el autocuidado o los hábitos individuales (alimentación, educación física, conducción vehicular), Argentina repite el patrón anterior. Su accidentología vial y la fuerte incidencia de enfermedades cardíacas y del aparato circulatorio, revelan costumbres en materia de alimentación, actividad física, formas de trabajo, tan disfuncionales, como las de los países que ya han superado largamente el umbral del desarrollo.

Cabe recordar que la salud es un bien no transable en términos comercial-internacionales; por lo tanto, significa un gasto improductivo en tanto y en cuanto se vuelque sólo a pagar salarios o supere lo que la producción económica de un país en un año pueda soportar, todo lo cual le resta competitividad externa al país del que se trate. Por ejemplo, el gasto en salud de los norteamericanos (14 % de su PBI) es un elemento distorsivo en su competencia comercial con la Unión Europea, China y el resto del Sudeste Asiático.

Para el caso argentino, *buena parte de nuestro cuantioso gasto en salud (24.500 millones de dólares anuales, el 8,2 % del PBI), se vuelca a la administración pública o semipública del sistema, a la intermediación burocrática, o a financiar salarios de los operadores, en suma, a sustentar, según el peso de cada grupo de interés, la oferta interna de servicios, disociada de la demanda, sin que exista mecanismo institucional alguno para direccionar eficazmente este volumen de recursos. Asimismo, las fuentes de ingresos provienen de impuestos generales o sobre la nómina salarial: es decir, la economía privada está cargando sobre sus espaldas con el sostenimiento de un macrosistema, al que nunca se le exigió rendición de cuentas alguna.*

Recuérdese que en Economía Sanitaria, existe lo que se denomina curva plana de la atención médica, es decir, que por más que se sigan invirtiendo recursos, éstos no necesariamente significan beneficios (Tafari 1996).

En años recientes, los países europeos han tratado de corregir o morigerar las falencias de los sistemas de salud, basados en seguros universales, con una lógica financiera de reparto y sin ajuste por tasas de riesgo. Holanda y Alemania, países de diseño institucional de sus sistemas de salud, semejantes al nuestro, han transitado en años recientes, por reformulaciones orientadas hacia estas formas de seguros privados (Abel-Smith 1992 y 1995; Díaz Muñoz et. al. 1994).

3. Política pública en otra dirección

Han transcurrido diez años y virtualmente, en el sector Salud, no se han verificado las transformaciones, sobre todo, institucionales, que, con notable vigor, se instrumentaron en el campo de la Macroeconomía (Ley de Convertibilidad Monetaria, Reforma del Estado, Privatizaciones y Desregulación). Ni siquiera reformas de cierto parentesco con la de Salud, como la capitalización del sistema jubilatorio (AFJP) o la modificación del régimen de accidentes laborales (ART), pudieron difundirse hacia el área aquí estudiada, si bien formaba parte ineludible del plan gubernamental original, con destino social.

La errática, deshilachada y siempre incompleta reforma laboral, terminó resultando de mayor cercanía institucional con su similar de Salud. Es que allí, en estos dos frentes, se concentraron los máximos esfuerzos estratégicos de la dirigencia sindical, conciente de la necesidad de preservar privilegios históricos, en un contexto de liberalización económica que parecía arrasador.

Durante los años 1997 y 1998, el escenario del sector Salud se modificó en forma sustancial. No obstante, y en primer lugar, *las variantes institucionales que se alentaron desde las esferas oficiales, terminaron desviándose de la dirección originalmente planteada, desde el Ministerio de Economía de la Nación en el bienio 94-95.*

En efecto, la reforma en salud, otrora destinada a tornar más competitivo el sistema, con homogeneidad legal, rebaja de aportes patronales y presencia masiva de inversores institucionales, derivó en el auxilio financiero de las Obras Sociales sindicales, vía los créditos del Banco Mundial por 360 millones de dólares (Programa de Reversión de Obras Sociales – PROS-), mayor concentración en pocos financiadores, nuevas regulaciones y cargas impositivas para el subsector prepago.

La competencia ya no es intrasistema, sino que es parcializada, al ser reconocida sólo al interior de cada subsector. La gradualidad, con introducción de etapas para cada segmento; la proporción, fijada de antemano, de beneficiarios que pudieran optar por el cambio de Obra Social; cierta inseguridad jurídica planteada por cambios normativos, operados sobre la marcha y, la escasez de información transparente para favorecer el tránsito de una Obra Social a otra, fueron cuatro factores que perturbaron las decisiones de los usuarios, motivando que sólo una ínfima minoría se moviera de Obras Sociales, más bien grandes, a otras, pequeñas, aliadas a Prepagas.

La homogeneidad legal y fiscal ha sido varias veces declamada pero nunca alcanzada. Subsisten importantes diferencias regulatorias e impositivas entre Obras Sociales del Personal Directivo, Prepagas, Abonos de Hospitales de Colectividad, Mutuales, Cajas Profesionales, Compañías de Seguros, de Emergencias y Servicios Exequiales.

La rebaja de aportes patronales, objetivo loable si se considera la necesidad de disminuir la carga fiscal sobre la nómina salarial de las empresas privadas para que éstas generen mayor empleo, ha sido errática e insuficientemente generalizada. Lejos de plantearse como una medida con cierta justificación filosófico-económica, claramente constituyó una acción ejecutada como prenda de intercambio fiscalista.

La presencia masiva de inversores institucionales no se ha verificado en la magnitud que se había imaginado. En forma esporádica y cautelosa, Fondos de Inversión, Bancos, Compañías de Seguros y Prepagas extranjeras, han ingresado al país, ofreciendo coberturas de alta complejidad con precios bajos. Algunos de estos agentes, han adquirido carteras de entidades Prepagas capitalinas, con resultados, en no pocos casos, deficitarios. De todos modos, la ausencia de reglas claras de juego y en gran medida, la ya aludida asimetría legal-impositiva, impiden la incursión empresaria estratégica de aquéllos.

En segundo lugar, no sólo la que asomaba en 1995 como una reforma integral del sistema de salud, funcional al nuevo modelo económico vigente, terminó distanciándose de sus objetivos fundadores, sino que, además, el cambio logrado fue sesgado hacia la supervivencia de los actores históricos del área. *A diferencia de lo ocurrido en AFJP y ART, instituciones flamantes que partieron de cero y legislación ad hoc, en Salud se intentó modificar la normatividad del sector, para garantizar lo más posible la vigencia de los protagonistas tradicionales actuantes en el sistema.*

El cambio podría haber sido generado desde afuera del sector, pero esta maniobra fue impedida por los factores internos de poder, en una singular acción en la que convergieron grupos que antes pujaban entre sí. Hubo una extraña alianza que, sin aferrarse al *status quo*, logró imponer pequeñas modificaciones graduales, pero sin modificar el núcleo del sistema.

¿Quiénes son los subsectores más beneficiados por la actual reformulación del sistema? Indudablemente, los llamados seguros semipúblicos, las Obras Sociales sindicales, el PAMI y las Obras Sociales Provinciales. Se mantienen exentas impositivamente, son favorecidas por las regulaciones oficiales y han logrado captar los créditos de organismos internacionales para auxiliarlos en su correspondiente reconversión administrativa.

En tercer lugar, si *el cambio institucional* demora en aplicarse, como ocurrió durante la década del noventa, por cuestiones relativas a internas gubernamentales, falta de prioridad, ausencia de ejecutores, o una combinación de los tres factores, aún *en su versión más "hobbesiana", "salvaje" o "virgen", terminará plasmándose, porque en realidad, su impulso deriva de la globalización y la transformación tecnológica reciente, y no de un mero enfoque ideológico o coyuntural.*

En efecto: hoy, aún sin desregulación institucionalizada en Salud, Argentina está asistiendo a un fenomenal proceso de reconversión, traducido en cierres de sanatorios, ventas, alianzas de prepagas con Obras Sociales sindicales, difusión de mutuales, etc. Como es lógico, este reacomodamiento que el propio mercado estimula, es caótico y no garantiza una selección eficiente. Si fueran acompañados por las instituciones apropiadas, su costo en términos de

destrucción de empleos, ineficiencias ocultas y generación de rentas inadecuadas sería mucho menor.

4. La acción racional estratégica del sindicalismo

La hipótesis elaborada por parte de la propia ala política de la Administración Menem, y de no pocos gobernadores tanto justicialistas como opositores, fue que el grupo de presión aludido, constituye –y constituyó- un fundamental soporte político para las aspiraciones reeleccionistas de los Ejecutivos nacional y provinciales, favorables a la concordancia con los gremialistas.

Sin desconocer que la misma dinámica económica del mercado terminó segmentando al sindicalismo vernáculo, creando profundas desigualdades entre los gremios del sector terciario (servicios) y aquellos, provenientes del sector secundario (industria), otrora poderosos, hoy en franco retroceso y expulsores de mano de obra, tampoco puede negarse la relevancia de la cooptación política muchas veces intentada por el poder menemista, como resulta toda una tradición en la estructura partidaria peronista (Suriano 1991).

Parecieran, pues, haber dos clivajes en la escena sindical, los “vencedores y vencidos” por el modelo y los “alineados y no alineados” con el menemismo, aunque en ambos casos se entrecruzan. Valgan como ejemplos la UOM, gremio industrial en gran medida menemista aunque perdedor del modelo y subsidiado desde el poder, y la Asociación de Aeronavegantes Privados, sindicato de servicios enrolado en la opositora CTA, pero beneficiario de la nueva disciplina macroeconómica. El menemismo también logró atraer gremios de servicios, como Mercantiles, UPCN (empleados públicos nacionales), Luz y Fuerza, Gastronómicos, Sanidad y Seguros. Gozando de ciertos privilegios, éstos pudieron brindar "incentivos selectivos", a sus afiliados y beneficiarios, no obstante atravesar ciertas coyunturas de ajuste sectorial.

Tanto los gobiernos nacionales como las unidades subnacionales (Provincias y Municipios) han pretendido maximizar los votos de las asociaciones gremiales, para así sobrevivir en el poder, aún a costa de sacrificar reformas institucionales, que pueden resultar de gran utilidad para los sectores con intereses dispersos, faltos de cobertura médica y que representan, según estimaciones propias, un 45 % del total de la población: pobres, “nuevos pobres”, desocupados, subocupados, cuentapropistas, autónomos irregulares, ocupados con ingresos mensuales inferiores a \$160, trabajadores bajo modalidades temporarias de empleo, migrantes internos y extranjeros e indocumentados.

Paradójicamente, la creciente inequidad y regresividad que se le cuestiona al “modelo económico”, son - y serán - el resultado - no querido - de esta cuasi privatización de rentas que han hecho los grupos de interés a favor suyo en esta transición a otro modelo económico, que se ha operado en la Argentina en los años noventa.

La oposición sistemática de las asociaciones gremiales al accionar oficial, a veces larvada, a veces expuesta, pero siempre, coherente y maximizadora-racional, les permitió:

- bloquear, parcializar o anular la desregulación o libre opcionalidad de los beneficiarios de su ente financiador único;

- demorar y parcializar la reforma del mercado laboral, orientada inicialmente a su desregulación completa, con convenios colectivos por empresa, rebaja generalizada del aporte patronal y eliminación de la personería gremial única;

- frenar las reformas intensivas en Recursos Humanos, en los hospitales públicos provinciales, en el marco de los créditos internacionales recibidos por las Provincias para Desarrollo Institucional y Refuncionalización Edilicia;

- neutralizar el ingreso de las Obras Sociales Provinciales a la desregulación, pero sí garantizarles el acceso al Programa de Reconversión del Banco Mundial (Colina 1998);

- conservar la llamada “caja” de las Obras Sociales, es decir, un alto volumen de recaudación (unos 180 millones de dólares mensuales);

- acceder a créditos internacionales del BID-Banco Mundial, para sanear sus estructuras administrativas y transitar más fortalecidos, la fase desregulatoria;

- mantener la vía libre hacia subsidios y transferencias redistributivas como las del Fondo de Redistribución del ex ANSSAL –recuérdese la tristemente célebre gestión Barrionuevo-, u hoy, Dirección de Programas Especiales de la Superintendencia de Servicios de Salud –SSS- (con unos 100 millones de dólares anuales);

- empresarializarse, en la forma de administradoras o gerencadoras de cápitás, recibiendo elevados “retornos” por su intermediación o “loading fee” con prestadores sanatoriales oligopólicos, debilitando el poder de las viejas Cámaras de Clínicas y Sanatorios, aprovechando el resquicio abierto adrede, por la gestión Araoz al frente del Ministerio de Salud -Decreto pseudodesregulatorio de 1993-;

- conservar hasta fines de 1997 –cuando se realizó el Censo de Empleadores del ANSES-, en la máxima opacidad, los padrones de beneficiarios, que en su poder, afirmaban contar con más de 16 millones de personas cubiertas, y hoy, se conoce, no suman más de 8 millones, con lo cual se puede deducir que durante muchísimos años los sindicalistas pudieron negociar cápitás artificiales y cobraron sobrepuestos con los débiles prestadores, sobre la base de la manipulación de las cifras de afiliados y titulares y cargas familiares;

- licuar los pasivos de más de 400 millones de dólares, en las arcas del Estado, a través de sucesivas condonaciones de deudas históricas –la más reciente fue la de la UOM de Lorenzo Miguel-, con el pretexto de las intervenciones militares y civiles, la crisis económica sectorial y los compromisos políticos por la reelección del Presidente Menem;

- extorsionar al borde de la coacción, con la pérdida de los olsonianos “incentivos selectivos”: a los afiliados que desean traspasarse a otra Obra Social, advirtiéndoles la pérdida de los beneficios de la Mutual correspondiente (peluquería subsidiada, turismo social, prótesis, óptica), en forma similar a aquellos, que quieren desafiliarse al Sindicato, se los intima a no hacerlo, porque arriesgan perder la cobertura de la Obra Social -método de la "doble ventanilla";

- formular alianzas estratégicas de supervivencia con algunas Prepagas locales;

- incursionar en negocios colaterales: AFJP, ART, Seguros de Retiro (convenio Grupo Juncal-Mercantiles de Armando Cavalieri), Cajas de Pensiones Sociales en las Provincias (el caso de la UPCN santafesina de Alberto Maguid), centrales eléctricas, etc. (Ameriso 1999);

- ocupar cuotas de poder de gran relevancia, como la propia Superintendencia de Servicios de Salud, presidida por un ex sindicalista de Obras Sanitarias, Lingieri, y el Comité Revisor de

Trasposos de las Obras Sociales (integrado por representantes de los gremios menemistas ortodoxos);

- lograr, de dicha Superintendencia, claras ventajas regulatorias frente a otros grupos, como las exigencias, por medio de meras Resoluciones administrativas, de registros nacionales de prestadores (en el caso de Clínicas y Sanatorios) y promotores (en el caso de las Prepagas);

- ejercer acéitadamente el correspondiente "lobbying" en la Cámara de Diputados, controlando la Comisiones de Salud de Diputados y Senadores.

Sólo cinco medidas, como la centralización de los ingresos de las Obras Sociales en la ex DGI; la disminución de aportes patronales; la eliminación de recursos "extra", obtenidos en convenios colectivos de Bancarios, Seguros y Cerveceros, entre otros; la introducción de las ART -neutralizando la "industria del juicio laboral"- y la libre elección del PAMI, restringida a más de una treintena de Obras Sociales, lesionaron los intereses sindicales.

Tales acciones (cuatro por decreto y una por ley) fueron producto de la fuerte resolución política de la gestión Cavallo y su equipo de economistas formados en Economía de los Mercados Laboral y de Salud. Su relativamente corta duración les impidió completar las reformas institucionales, siendo sacrificados por la feroz puja interna desatada con la Presidencia.

De todos modos, en general, los sindicalistas han alcanzado subóptimos (second-best) paretianos. En diez años, mejoraron su situación política en relación a cómo se hallaban posicionados en el último tramo del gobierno de Alfonsín, en el que ya habían podido revertir la pésima relación inicial, signada por la Ley Mucci (1984). La legislación sanitarista pergeñada por Neri y Mera podría haber implicado la federalización y estatización "a la canadiense" del sistema de salud, con lo cual hubieran perdido la disponibilidad de los recursos de las Obras Sociales, pero afortunadamente para ellos el abrupto y traumático final de la administración radical frustró esa pretensión. Como resulta obvio, esta iniciativa cayó en el olvido durante el gobierno de Menem, que optó por otro esquema, ciertamente paralizante de aquellas leyes y ni siquiera pudieron reactivarse en el Pacto de Olivos, porque no figuraban en la agenda de concertación (Mera 1992).

5. Conclusiones

Hallándose siempre al borde del abismo, el sindicalismo argentino ha logrado sobrevivir. Desde una perspectiva política, los embates alfonsinistas, las extorsiones en el apogeo del poder menemista y la confrontación técnica en la era Cavallo, han hecho mella en su capacidad pero no han podido derrumbarlo. Al mismo tiempo, desde una óptica económica, la desocupación, las privatizaciones, el cuentapropismo y el "boom" de los servicios en detrimento de la industria, lo han hecho disminuir cuantitativamente, pero no en términos de poder.

Dividida entre menemistas y duhaldistas, con estructuras sindicales opositoras, como la CTA y la MTA, que antes no existían, la cúpula cegetista es un bloque homogéneo y compacto en torno a cuestiones estratégicas como la "caja" de las Obras Sociales y las convenciones colectivas a nivel del sindicato central. Para defenderlas no demuestra tener escrúpulos ni titubeos: a la hora de las preferencias electorales, apuesta a la Alianza opositora al propio peronismo.

Los éxitos obtenidos en su vocación de negociación permanente a lo largo de la última década, representan una señal inequívoca de su vigencia como grupo de presión eficaz. El deterioro del sistema de salud en su conjunto, la mayor regresividad de las políticas públicas que los gremialistas insisten en estimular o trabar, según su conveniencia, y el retroceso del país en materia de indicadores sociales, no son factores que merezcan considerarse, cuando se trata de preservar privilegios que sólo enfrentados a un liderazgo firme y a un plan de remoción de los mismos, podrán anularse.

Futuros estudios focalizados a nivel local y micro, podrán corroborar, o no, las aseveraciones aquí formuladas sobre la base de fuentes de carácter nacional.

Referencias bibliográficas

- Abel-Smith, B (1992) *Cost-Containment and New Priorities in Health Care*, (United Kingdom: Avebury-Aldershot).
- Abel-Smith, B (1995) “Contención de Costos y Reforma del sector Salud en países de la OCDE”, en *Revista Estudios Públicos*, Centro de Estudios Públicos, núm. 58, otoño, Santiago de Chile.
- Ameriso, L. (1999) “UPCN maneja una caja millonaria proveniente de fondos provinciales”, en *Diario La Capital de Rosario*, 22 de junio, p. 3.
- Banco Interamericano de Desarrollo (1993) *Progreso económico y social en América Latina*, Informe 1993, Tema especial: Recursos Humanos, octubre, Washington DC.
- Banco Mundial (1993) *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*, Invertir en salud, Resumen, junio, Washington DC.
- Barry, B. (1974) *Los sociólogos, los economistas y la democracia* (Buenos Aires: Amorrortu Editores).
- Buchanan, J. y Tullock, G (1993) *El Cálculo del Consenso: Los Fundamentos Lógicos de la Democracia Constitucional* (Barcelona: Planeta - De Agostini).
- Colina, J. (1998) “Las últimas noticias del sector de los seguros de salud” en *Revista Novedades Económicas*, Fundación Mediterránea, enero-febrero.
- Díaz Muñoz, A. R.; Levcovich, M.; Lima Quintana, L.; Ramos, S (1994) *Sistemas de Salud en Proceso de Reforma* (Buenos Aires: OPS/OMS).
- Fuentes, S.; Vatter, G (1991) “Los efectos de la inversión en capital humano e investigación y desarrollo en el crecimiento económico” en *Revista Estudios Públicos*, Centro de Estudios Públicos, núm. 44, Primavera, Santiago de Chile.

- Marcu, D. (1997) "El negocio de la salud, a la luz de las AFJP y las ART: Algunos interrogantes estratégicos" en *Revista Informe Asegurador*, Buenos Aires, julio.
- Mera, J. (1992) "Privatizaciones en el área de salud" en *Revista Contribuciones*, CIEDLA, Fundación Konrad Adenauer, Año IX, núm. 3 (35), julio -setiembre.
- Miranda Radic, E (1993) *Sistemas de Salud en el Mundo*, Documento de Trabajo del CEP Número 203, Santiago de Chile, noviembre.
- North, D (1990) "La nueva economía institucional" en *Revista Libertas*, ESEADE, núm. 12, Mayo, Año VII.
- Olson, M. (1986) *Auge y Decadencia de las Naciones* (Barcelona: Ariel)
- Olson, M. (1965) *The Logic Collective Action: Public Goods and Theory of Groups* (Cambridge Mass.: Harvard University Press)
- Panadeiros, M (1992) *El gasto público social: El sistema de salud*, Documento de Trabajo núm. 34, FIEL, setiembre.
- Pauly, M (1995) "Disertación: Los Seguros Privados en Estados Unidos", Exposalud, FISA, Santiago de Chile, octubre.
- P. de Molinero, I. (1992) "Tendencias económicas de los sistemas de salud", Asociación de Economía de la Salud (AES), Buenos Aires, setiembre.
- Schmitter, P. (1974) "Still the Century of Corporatism" en *Review of Politics*, 36; citado en Evans, M. "El Elitismo", en Marsh, D. y Stocker, G. *Teoría y Métodos de la Ciencia Política* (Madrid: Alianza Editorial)
- Stigler, G (1992) "La Escuela de Chicago" en *Revista Estudios Públicos*, Centro de Estudios Públicos, núm. 47, Invierno, Santiago de Chile.
- Suriano, J. (1991) "Comentario-Crítica sobre *La Vieja Guardia Sindical* de Juan Carlos Torre", en *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana Dr. Emilio Ravignani*, núm. 3, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 3era. Serie, 1er. Semestre.
- Tafari, R. (1996a) *Privatización, subcobertura y reforma competitiva en salud*, Universidad Nacional de Río Cuarto, agosto.
- Tafari, R. (1996b) "Disertación: Economía & Salud", Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Ciudad de Rosario y su Zona, 7 de mayo.

Tommasi, M. (1997) “Instituciones, la clave” en *Diario Clarín*, Suplemento Económico, domingo 30 de marzo.

Tommasi, M. (1999) “Instituciones a medida” en *Diario Clarín*, Suplemento Económico, domingo 4 de julio.

Ward, H (1997) “La teoría de la elección racional” en Marsh, D. y Stoker, G. *Teoría y métodos de la ciencia política* (Madrid: Alianza Editorial).