



La reforma de la atención médica de la administración Obama: dificultades para un acuerdo similar en Argentina

Health care reform in the Obama administration: difficulties of reaching a similar agreement in Argentina

*Belmartino, Susana*¹

¹Doctora en Historia. Hasta 2008, docente-investigadora y miembro del Consejo de Investigaciones, Universidad Nacional de Rosario (UNR), Argentina. susanabelmartino@hotmail.com

RESUMEN En este artículo se presenta un análisis comparado de los procesos conducentes a una reforma de la atención médica en Argentina y EE.UU. El núcleo de análisis se ubica en los referentes doctrinarios esgrimidos por los promotores de la reforma y los procesos de toma de decisiones que pueden respaldar o derrotar sus propuestas. El análisis se inicia con una síntesis histórica de la cuestión en ambos países. En segundo término, se describe el proceso político que condujo a la sanción de la reforma Obama y, en relación a la Argentina, se defiende una hipótesis destinada a demostrar que el déficit de capacidades institucionales en los organismos de toma de decisiones en nuestro país es un severo obstáculo para la concreción de un cambio sustantivo en ese campo.

PALABRAS CLAVES Reforma de la Atención de Salud; Políticas Públicas; Legislación y Jurisprudencia; Aplicación de la Ley; Argentina; Estados Unidos.

ABSTRACT This article presents a comparative analysis of the processes leading to health care reform in Argentina and in the USA. The core of the analysis centers on the ideological references utilized by advocates of the reform and the decision-making processes that support or undercut such proposals. The analysis begins with a historical summary of the issue in each country. The political process that led to the sanction of the Obama reform is then described. The text defends a hypothesis aiming to show that deficiencies in the institutional capacities of Argentina's decision-making bodies are a severe obstacle to attaining substantial changes in this area within the country.

KEY WORDS Health Care Reform; Public Policies; Legislation and Jurisprudence; Law Enforcement; Argentina; United States.

INTRODUCCIÓN

En este artículo presento un abordaje comparativo de los procesos de definición de las políticas de reforma en salud en Argentina y EE.UU. Analizo, en particular, los referentes ideológicos o de doctrina utilizados por los actores participantes para sustentar sus proyectos, y los mecanismos institucionales aplicados a la toma de decisiones legislativas. La comparación procura poner de manifiesto las dificultades –ideológicas, políticas y de procedimientos decisorios– para un acuerdo similar en Argentina.

La posibilidad de esa comparación puede ser puesta en duda por las profundas diferencias reconocidas entre ambos países: la amplitud de los recursos humanos, financieros, materiales y técnicos destinados a ese campo; la preferencia reconocida en el país del norte a la responsabilidad individual y la gestión privada en términos de cobertura y provisión de atención médica, supuestamente ausente o menos significativa entre nosotros; la importancia y relevancia de la información disponible para evaluar desempeño y resultados en ambos escenarios.

Aun reconociendo esas diferencias, considero que un abordaje comparativo en relación con el sistema de servicios de salud puede ser legítimo. Ambos sistemas carecieron históricamente de una intervención reguladora del Estado, se desarrollaron construyendo subsistemas fragmentados y heterogéneos, no garantizaron la oportunidad y eficacia de las intervenciones sobre la enfermedad, crearon profundas inequidades en el acceso de la población a la atención médica. En ambos, además, los intentos de reforma se apoyaron históricamente en fundamentos doctrinarios preocupados por la eficacia, la eficiencia y la universalidad de la cobertura –asignados mecánicamente a un sistema único con fuerte incidencia del Estado en su gestión– sin consideración de la viabilidad política de los cambios propuestos, e ignorando la lógica de defensa de sus intereses y la capacidad de presión sobre los gobiernos de actores que se habían convertido en encarnizados defensores de una fragmentación y heterogeneidad que los favorecía.

En los últimos años, la política de reforma impulsada por Barack Obama imprime un cambio

significativo a los procesos de construcción de políticas. No solo se resigna la aspiración a la unificación del sistema, también se introducen regulaciones pertinentes a cada una de las organizaciones participantes en el sistema, se fortalecen instrumentos de gestión destinados a atenuar las profundas diferencias en el acceso a la cobertura, y se colocan incentivos para estimular la voluntad de obtenerla.

No todas las estrategias introducidas pueden pensarse como aplicables al caso argentino, pero algunas merecen ser consideradas. También hay diferencias sensibles respecto a la factibilidad de algunos cambios, que podrían ser superadas en nuestro caso si existiera la voluntad política necesaria. Mi intención no es proponer un plan o un programa, sino solo identificar similitudes y diferencias que obstaculizan en nuestro medio la posibilidad de una reforma.

LAS HIPÓTESIS ORDENADORAS

Una primera hipótesis fue tomada de un artículo de Jacob Hacker, analista de políticas de salud en EE.UU., quien explica el fracaso del plan de reforma elaborado por la administración Clinton en los primeros años de la década de 1990, haciendo referencia a que los reformadores prestaron mucha atención al diseño de la política y, demasiado poca, al análisis del conflicto político (1). En opinión de este autor, colocar en primer lugar en el terreno de las decisiones a los diferentes intereses con capacidad de presión en la implementación de la política permitiría evitar el error de los reformadores de Clinton, que aspiraron a un *gran compromiso sobre la política* en vez de negociar un *real compromiso político*. En inglés, la diferenciación entre ambos conceptos es nítida a partir de la referencia a *policy* y *politics* mientras que, en español, se hace necesario utilizar una perífrasis. Pese a esa dificultad, considero útil la trasposición de esta hipótesis al caso argentino. Para completar esa trasposición, mi hipótesis reconoce que la reforma Obama aplicó una estrategia diferente en el proceso decisorio, basada en la construcción de lo que Hacker (1) considera un efectivo compromiso político entre los actores relevantes del sector de atención médica.

Para justificar ese argumento, este artículo avanza hacia atrás en la historia de las reformas fracasadas en EE.UU. e incorpora las experiencias fallidas en Argentina que, considero, pueden ser caracterizadas en los mismos términos que Hacker aplica al Plan Clinton.

Una segunda hipótesis apunta a poner de manifiesto los diferentes escenarios en los que se dirime el juego político. La estabilidad del régimen político estadounidense garantiza –para bien o para mal– el debate público de las opciones y la aceptación de los resultados legislativos. En Argentina, solo una porción del proceso político se desarrolla en las cámaras del Congreso y por consiguiente tiene carácter público, y no existe garantía de que las leyes finalmente resultantes sean aplicadas. Mi segunda hipótesis se vincula con esas diferencias, en tanto considero posible demostrar, a través del análisis de los mecanismos institucionales involucrados en la reforma Obama, que ese tipo de avances tiene limitadas posibilidades en nuestro país, debido a las condiciones particulares que gobiernan los procesos de toma de decisiones en cuestiones de salud y atención médica.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La contraposición entre la intención de poner en marcha una política sectorial más equitativa y eficaz y el conflicto político resultante de la trama de los intereses sectoriales tiene presencia reiterada en ambos escenarios nacionales en las décadas centrales del siglo XX, como describo a continuación.

En EE.UU. es posible identificar una serie de intentos frustrados de reforma impulsados por el ala liberal del Partido Demócrata, defensora de la implementación de un sistema único de servicios de atención médica, regulado por el Estado y con capacidad de proporcionar cobertura universal. La cuestión puede rastrearse a partir del proyecto de ley presentado por el presidente Harry Truman, en 1945, que establecía la implementación de un sistema único de seguro de salud definido conforme esos términos, que diera cobertura a la totalidad de los grupos sociales. La propuesta se presenta, sin embargo, en un momento en que las asociaciones representativas de médicos y hospitales habían

afianzado su control sobre el financiamiento de la atención a partir de organizaciones propias y acuerdos con empresas de seguro privado (2).

Ya en esa época, la muy poderosa *American Medical Association* (AMA) tenía influencia directa en las decisiones sobre política de salud, habiendo conformado lo que Mark Peterson caracteriza como un triángulo de hierro, integrado por organizaciones representativas de profesionales, compañías aseguradoras y empresarios (3).

Pese a la derrota electoral de Truman y la llegada a la presidencia de Dwight Eisenhower, los liberales no cesaron en su intento. Un proyecto fue introducido cada año en el Congreso, aunque nunca fue tratado en el *Ways and Means Committee* (a) hasta 1958 (4). Una ventana de oportunidad vuelve a abrirse en el clima político creado por el asesinato del presidente John Kennedy. El amplio triunfo de Lyndon Johnson en las siguientes elecciones y la llegada a ambas cámaras del Congreso de una abrumadora mayoría de demócratas liberales volvió a estimular las expectativas de reforma integral.

Sin embargo, en su primer discurso ante el Congreso, Johnson se centró exclusivamente sobre la futura legislación *Medicare*, un programa de cobertura a los ancianos que recibiría también el apoyo de los republicanos que, liderados por Wilbur Mills, el controvertido presidente de la Comisión *Ways and Means*, introdujeron agregados importantes al proyecto original. Este triunfo de los liberales, fortalecido por la aprobación de *Medicaid*, un programa de cobertura a la población de menores ingresos, no alteró los límites tradicionales de la política de atención médica. La autoridad sobre los nuevos programas fue rápidamente cedida al sector profesional.

En los años 70, bajo la presión del escándalo *Watergate*, el presidente Richard Nixon consideró la sanción de una reforma en salud como vehículo para volver a legitimar su presidencia. Para ello, inició conversaciones con el senador Edward Kennedy, tradicional promotor de una reforma integral. En esta oportunidad, el fracaso se adjudica a la escasa disposición para negociar por parte de los liberales. Los miembros del Comité por el Seguro Nacional de Salud, que representaba la corriente principal de las organizaciones sindicales, decidieron retirar su apoyo a Kennedy. Especulando con la debilidad de

Nixon, consideraron la ventaja de esperar que nuevas elecciones aseguraran una sólida mayoría demócrata en el Congreso. El resultado sería la aprobación de la ley de promoción de las *Health Maintenance Organizations* (HMO). En las décadas de 1980 y 1990 la propuesta liberal volvió a defender sin éxito un sistema único; en ese momento, el modelo a seguir era el sistema de seguro con pagador único, vigente en Canadá.

En Argentina, similares debates cubren buena parte del siglo XX. En muy diferentes escenarios políticos, las elaboraciones doctrinarias sobre la mejor política de atención médica se ven reiteradamente superadas por las necesidades de legitimación y construcción de clientelas políticas de los sucesivos gobiernos.

La convicción en torno a la necesidad de mayor eficacia y eficiencia en la financiación y provisión de atención médica, que podría concretarse en virtud de la coordinación o integración de los múltiples formatos existentes, se expresó en los círculos académicos y políticos a partir de la década de 1920. Durante esa década y la siguiente, las modalidades de organización de la atención médica; el papel que le correspondería al Estado y a las organizaciones privadas en esa materia; los problemas vinculados a la producción y utilización de medicamentos; algunas cuestiones apremiantes de policía sanitaria; la necesaria vinculación entre salud, asistencia social y previsión social; y otros temas menores, conforman una agenda de cuestiones sectoriales que se irá precisando, sin obtener respuestas concretas del poder político.

En los años posteriores al golpe militar de junio de 1943 se revertirá la actitud pasiva de las agencias de gobierno, que se proponen como receptoras de las doctrinas sanitarias elaboradas en las décadas previas. La primera expresión de ese cambio fue la creación por acuerdo de ministros, en octubre de 1943, de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, dependiente del Ministerio del Interior. El nuevo organismo se instituye bajo las consignas de *unificación y coordinación*.

En términos de ideas y funcionarios, no parece haberse generado una ruptura con el pensamiento previo referido a políticas de salud pública. Sin embargo, la tendencia centrífuga vuelve a imponerse de manera reiterada. En agosto de 1944, se produce una significativa pérdida de jurisdicción

en el organismo unificador, cuando se transfieren las funciones de asistencia social a la Secretaría de Trabajo y Previsión.

Poco tiempo después, Ramón Carrillo, ministro de Salud del primer gobierno peronista, recuperará en los objetivos de su gestión la doctrina centralizadora y unificadora y el rol de conducción del Estado. Sin embargo, su gestión ministerial solo dejará como dato positivo la expansión sin precedentes de las instalaciones del sector público. Ese crecimiento en número y calidad de los establecimientos no fue continuado por los sucesivos gobiernos que, en el mejor de los casos, se ocuparon de terminar y equipar las unidades todavía en construcción. A partir de ese fracaso, se generaría una ruptura difícil de superar entre las dos áreas del Estado con jurisdicción en atención médica: los subsistemas público y de la seguridad social médica (5).

La asociación entre sindicatos y cobertura de atención médica era preexistente al gobierno peronista. Sin embargo, el respaldo recibido de parte del peronismo, a través de la creación de direcciones generales en manos de los gremios más poderosos y la preferencia de sus beneficiarios por la atención en instalaciones privadas, estimularía su afirmación en las siguientes décadas. La fragmentación del sistema de servicios en dos áreas diferenciadas se potencia en los últimos años de la década de 1960, cuando adquiere jerarquía doctrinaria y sustento político el fortalecimiento de una seguridad social médica con cobertura de la totalidad de la población en relación de dependencia, y colocada bajo control sindical.

En esa oportunidad el conflicto político se instala en el interior de una agencia estatal. Hacia 1967, Ezequiel Holmberg, titular de la Secretaría de Salud Pública (SSP) del Ministerio de Bienestar Social (MBS), puso en marcha un proyecto de ordenamiento de las obras sociales y sus relaciones con los proveedores de atención médica. Este hubiera sido un primer paso de un proyecto más ambicioso que hubiese llevado a la unificación de la cobertura en seguros provinciales y a la integración de las instalaciones públicas como proveedores en igualdad de condiciones con los servicios privados.

Ese proyecto perdería toda posibilidad de hacerse efectivo tras un severo enfrentamiento

político e ideológico, entre diferentes agencias del nuevo Ministerio de Bienestar Social, desencadenado a partir de la sanción de la Ley 18610 de 1970 que generalizó el sistema de obras sociales y encargó su administración a los sindicatos de las respectivas ramas. El nuevo régimen legal fue un instrumento de legitimación sancionado por el gobierno militar del General Juan Carlos Onganía, en las postrimerías de su mandato. La medida puede leerse como un agónico intento de ese gobierno para contener la oposición sindical posterior al Cordobazo y, a la vez, como una demostración de la debilidad del Estado autoritario para llevar adelante una política coherente de reforma institucional en una determinada arena de la política social (6).

Nuevos proyectos de reforma, con diferentes respaldos ideológicos y políticos, se sucederán en las siguientes décadas sin llegar a concretarse. En diciembre de 1973, se eleva al Congreso el proyecto del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), ambicioso intento de construcción de un sistema único bajo la conducción del Estado, respaldada por algunos de los diferentes grupos en los que se dividía el peronismo. La propuesta integradora se vio sometida a negociaciones, presiones y cambios. Su sanción como Ley 20748, en septiembre de 1974, limitaba considerablemente el rol del Estado en la conducción del sistema de servicios, dejaba fuera de su órbita a las obras sociales sindicales y condicionaba su aplicación, en cada una de las provincias, a la aceptación de los respectivos gobiernos. Fue una *"ley sin destino"*, tal como la definiera un vocero del sindicalismo en el debate en diputados.

Un proyecto ubicado en las antípodas ideológicas del SNIS fue elaborado en el Ministerio de Economía bajo la dictadura militar instalada en marzo de 1976. Sus disposiciones estaban destinadas a promover la presencia de las empresas privadas de seguro en la cobertura de los beneficiarios de la seguridad social médica. La sanción de la Ley 22269, en agosto de 1980, tras dos años de intensos debates en el interior del gobierno autoritario, otorgó respaldo legal a la posición privatista, pero no llegó a tener vigencia efectiva.

Mientras a nivel de los gobiernos, de diferente legitimidad y bases ideológico-políticas, se discutía y rediscutía una nueva organización para el sistema de servicios, en el interior del Instituto

Nacional de Obras Sociales (INOS), creado por la Ley 18610, como mecanismo regulador del sistema, se fortalecería una alianza entre los intereses dominantes en el sector (la Confederación General del Trabajo y las corporaciones representantes de médicos y sanatorios), que en trabajos anteriores he caracterizado como un *pacto corporativo* que operaría como efectivo regulador del sistema de seguridad social médica.

En la década de 1980, recuperada la democracia, uno de los primeros proyectos políticos del gobierno del presidente Raúl Alfonsín se orientó, precisamente, a debilitar la influencia de las corporaciones en el sistema político y democratizar los mecanismos de elección de los liderazgos sindicales. El proyecto de reforma propuesto por su ministro de Salud, Aldo Neri, formó parte de esa ofensiva. En términos de los cambios introducidos en el sistema de servicios, podía ser considerado como una iniciativa moderada en la medida en que conservaba el sistema de obras sociales sindicales y establecía únicamente la separación de sus organismos de gobierno que, en el caso de las obras sociales, comenzarían a ser elegidos por sus beneficiarios. También avanzaba en la integración de los sistemas de seguro social, colocando a los usuarios de los servicios públicos bajo la cobertura de las obras sociales provinciales. Ambas medidas, podrían ser consideradas avances moderados en la regulación de los subsistemas de atención médica.

Pese a su moderación, el proyecto se vio debilitado desde el comienzo por su asociación con la propuesta de reforma de la ley de asociaciones profesionales, orientada a democratizar las formas de elección de las conducciones sindicales y establecer la representación de las minorías. Los cambios propuestos y la correcta evaluación de las condiciones del sistema de servicios, no operaron como parte de un compromiso político, por el contrario, constituyeron un vehículo de conflicto con el poder político sindical que se suponía en retroceso.

Este sucinto relato, de varias décadas de intentos frustrados de imponer parámetros técnicos de mayor eficacia, eficiencia y equidad en el acceso a la atención médica, muestra paralelos en ambos países. Es posible, sin embargo, intentar una diferenciación significativa en los procesos de toma de decisiones en la arena de las políticas de

salud. En este punto introduzco los argumentos destinados a sostener mi segunda hipótesis.

ESCENARIO POLÍTICO EN EL QUE SE PROPONE LA REFORMA EN EE.UU.

Las significativas diferencias en regímenes y sistemas políticos generaron diferentes escenarios y procesos para las propuestas de reforma sectorial. En EE.UU., las batallas se dirimen en el Congreso; en Argentina, aunque pueden llegar a concretarse en leyes, tienen una ubicación dominante en las agencias del poder ejecutivo. La contraposición entre la organización más eficaz y eficiente del sistema de servicios y la organización que resulta posible en función de la trama institucional instalada en el área, se reproduce en ambos países. Un enunciado sumario de los procesos políticos que concretaron en EE.UU. la ley de reforma sancionada en 2010, puede fortalecer la validación de esa hipótesis.

La primera cuestión que me interesa enfatizar es que la reforma Obama, u *Obamacare* como se la conoce generalmente, no se generó exclusivamente a partir de la iniciativa de ese presidente. Un escenario favorable a la discusión de las condiciones de financiamiento y provisión de servicios de salud puede recuperarse en EE.UU. con anterioridad a la iniciativa de reforma. El aporte efectivo del presidente Barack Obama fue su decisión de promover la reforma en un escenario económico, fiscal y político desfavorable, que colocó obstáculos a sus políticas en los primeros meses de su mandato y dividió a sus funcionarios en la definición de prioridades (7).

Ese escenario complejo se vio en parte compensado por la moderación y firmeza con que se posicionó Obama. En primer lugar, aceptó la opinión de amplias mayorías de la población –registrada en una serie de encuestas Gallup a partir de 2001– que se declaraban a favor de mantener el seguro de salud privado en lugar de un nuevo sistema de atención gestionado por el Estado. Después de la elección, se dispuso a proponer un *cambio* sin contradecir las expectativas de la población (8). Desafió, además, las advertencias de sus asesores, que consideraban el riesgo de que la aprobación de una pieza importante de legislación podría agotar su capital político.

La reforma en la campaña presidencial de 2008

La reforma en salud fue una cuestión central en las primarias demócratas y en la elección general, en una extensión raramente vista en la historia de las elecciones presidenciales. Incluso, con anterioridad a las primarias, grupos de interés, actores claves e individuos influyentes, comprometidos a lograr lo que se había perdido en 1994 con la derrota del Plan Clinton, habían estado trabajando en la reforma. Mientras muchos eran conocidos grupos progresistas, las acciones tempranas también incorporaron a reformadores no tradicionales y sorprendentes, tanto grupos como individuos. Algunas corporaciones importantes modificaron su rechazo y sumaron apoyos, en particular la *American Medical Association* (AMA) y la *Federation of American Hospitals* (FAH). La *Kaiser Family Foundation* proporcionó información sobre encuestas a lo largo de todo el proceso. Conocidas organizaciones liberales también fueron, tempranamente, activas promotoras de la reforma, incluyendo la que nuclea a los ciudadanos mayores de 65 años. La *Health Care for America Now* (HCAN) fue la más prominente coalición de reforma, con 142 organizaciones, cientos de grupos estatales y locales, y un poderoso comité directivo.

La indispensable presencia de la voluntad política

En Washington DC, la voluntad política se desplegó en abundancia a través del proceso en la Casa Blanca, el Senado y la Cámara de Representantes, a favor y en contra de la aprobación.

Dos figuras resultaron dominantes y utilizaron su posición en el Senado para colocar la atención médica en el centro de los debates. Max Baucus, demócrata moderado y presidente de la Comisión de Finanzas del Senado, y Edward Kennedy, presidente de la Comisión *Health, Education, Labor and Pensions* (HELP) en la Cámara de Representantes, a cargo de salud, educación, trabajo y pensiones de retiro. A la convocatoria original también se sumó Charles Grassley, senador republicano, miembro de la Comisión de Finanzas. Sin embargo, las expectativas de los demócratas de llegar a un punto de partida rápido y bipartidario se vieron frustradas. Luego de la victoria de Obama, los republicanos exigieron

acuerdos sobre procedimientos y el colapso de la economía se ubicó en el primer plano (7).

La política de acuerdos con los grupos de interés en atención médica

Desde el Congreso, el equipo de Baucus se dispuso a analizar el desempeño económico de los diferentes sectores interesados en salud para evaluar hasta qué punto podían contribuir a solventar la reforma. Contrató un analista con experiencia en Wall Street, Tony Clapsis, para realizar análisis detallados de cada sector. Los equipos de la Comisión de Finanzas comenzaron reuniones con compañías farmacéuticas, aseguradoras, hospitales, fabricantes de dispositivos, empresas de atención en el hogar, asilos y otros, intentando obtener concesiones detalladas de cada industria para contribuir a la reforma.

El primero de los acuerdos con la *Pharmaceutical Research and Manufacturers of America* (PhRMA), en junio de 2009, también fue el más controvertido. Tanto la Casa Blanca como Max Baucus, Edward Kennedy y la industria farmacéutica querían evitar una reiteración de lo sucedido en 1993-1994, cuando las empresas farmacéuticas gastaron millones en un asalto de propaganda antirreforma. No estuvo involucrada ni invitada a las reuniones la Cámara de Representantes, cuyos líderes querían controles de precios y otras exigencias que hubieran supuesto la ruptura del acuerdo. La industria originalmente ofreció de 45 a 50 mil millones en ahorros durante diez años mientras la Casa Blanca sugería 120 mil. En el acuerdo final la industria cedió 80 mil millones, y a cambio pidió compromisos de no permitir importación de drogas desde el exterior de EE.UU.

Aunque los críticos de derecha e izquierda utilizaron el acuerdo como un blanco fácil, precisamente cuando las comisiones del Congreso comenzaban a debatir la legislación de reforma, esa negociación convirtió a un opositor a la reforma, potencialmente fatal, en un apoyo muy significativo.

El segundo acuerdo anunciado en julio por el vicepresidente Joe Biden supuso 155 mil millones en reducción de pagos a los hospitales por parte del *Medicare* y el *Medicaid* a lo largo de 10 años. La *American Hospital Association* (AHA),

la *Federation of American Hospitals* (FAH) y la *Catholic Health Association* (CHA) fueron quienes representaron a la actividad. Los hospitales habían hecho un cálculo financiero y concluido que, si el porcentaje de cobertura subía del 83% de ese momento a un 95%, podían aceptar la reducción de pagos por cobertura, porque los ingresos generados por la cobertura expandida excederían las pérdidas. Las partes debían acordar cómo se lograrían los ahorros. Contrariando las expectativas de los proveedores, alrededor de dos tercios de los ahorros provinieron de la reducción de los precios. Las negociaciones fueron duras y el acuerdo logrado por Max Baucus fue incierto. Sin embargo, el trato se concretó y los hospitales, un jugador fuerte, estuvieron a bordo.

La industria de dispositivos médicos tenía menos experiencia en negociaciones de alto nivel. *AdvaMed*, su asociación comercial, proponía trabajar con la AMA para reducir la sobreutilización de procedimientos y mejorar el diseño de dispositivos para limitar errores, y no computaba ahorros. El equipo de Baucus propuso 60 mil millones en ahorros o pago de impuestos en 10 años. La posición de la industria era cero, teniendo en cuenta que ellos absorberían el impacto de los recortes de sus consumidores primarios –hospitales, geriátricos y médicos que proporcionaban diagnóstico por imágenes– a través del incremento de presiones sobre precios y reducción de demanda. Después de ponderar diferentes cifras, las negociaciones entre demócratas, en un proyecto final en el Senado, redujeron la imposición a 20 mil millones, como una concesión a los Senadores Evan Bayh y Amy Klobuchar (ambos demócratas) que condicionaron sus votos a esa reducción.

Las discusiones entre el Senado y las empresas de seguro privado se desarrollaron sin participación de la Casa Blanca. Las empresas proponían la simplificación administrativa como un medio para ahorrar dólares, pero la *Congressional Budget Office* –árbitro con capacidad de veto para toda decisión que pudiera tener consecuencias fiscales– sostenía que tales medidas no producirían ahorros significativos en el presupuesto federal.

A fines de julio, las partes detuvieron las reuniones. En agosto, con fondos de las grandes aseguradoras, incluyendo Aetna, CIGNA, Humana, UnitedHealthCare y WellPoint, la *America's Health*

Insurance Plans (AHIP) comenzó secretamente a financiar el apoyo a la *US Chamber of Commerce*, embarcada en su mayor campaña de propaganda en contra de la reforma, supuestamente en nombre de las pequeñas empresas. Desde ese momento, cualquier colaboración de los aseguradores quedó descartada.

Los acuerdos no se obtuvieron sin un significativo nivel de escepticismo y desaliento en la opinión pública. Una de las características de las batallas por la reforma de salud que se libraron en y alrededor del Congreso, fue la continua cobertura de los medios. Muchos estadounidenses sintieron disgusto por lo que escuchaban y veían. A medida que la radio y la televisión describían los confusos sucesos de cada jornada, los ciudadanos comunes reaccionaban con ansiedad –o angustia– ante las negociaciones poco dignas, las aclaraciones temerosas, y las prolongadas maniobras de grupos con intenciones interesadas y legisladores con posición tomada.

Tales negociaciones y *tratos* eran, para muchos americanos, una parte desagradable de la política. Sin embargo, Lawrence Jacobs y Theda Skocpol (8) consideran que no había modo de reformar un sexto de la economía de EE.UU. sin involucrar a los principales actores, especialmente, los proveedores de atención, las compañías farmacéuticas y los aseguradores privados.

Los procesos legislativos

Antes de describir la dinámica de elaboración y aprobación de la ley de reforma, considero necesario explicitar en alguna medida las dificultades presentes en ambas cámaras del Congreso de EE.UU. para llegar a la aprobación de una norma. La información proviene del ya citado libro de Jacobs y Skocpol (8).

Durante los meses de discusión legislativa, un verdadero ejército de funcionarios federales se involucró de manera silenciosa, impulsando deliberaciones y proporcionando asistencia técnica, proponiendo y diseñando políticas específicas. El equipo de la Casa Blanca se ubicó en las cercanías de las audiencias de las comisiones y las sesiones privadas de los legisladores para transmitir las reacciones del presidente y reunir inteligencia sobre las discusiones en el Congreso.

Para comprender esta dinámica, es necesario recordar que el presidente de EE.UU. no puede incidir en un resultado legislativo, no importa cuánto entusiasmo y argumentación aporte al desafío. El sistema constitucional de controles y equilibrios pone obstáculos a los presidentes en cuestiones internas.

Por otra parte, los legisladores enfrentan desafíos con más capacidad de presión sobre sus decisiones que los pedidos del presidente. Deben ganar elecciones y responder a un determinado electorado en un particular distrito o estado. En un área como la de atención médica, los legisladores se vinculan rutinariamente con empresarios que ofrecen o no seguro a sus empleados; con hospitales y proveedores de salud preocupados por precios y regulaciones; con electorados que varían según edad, origen étnico y situación de seguro. Los legisladores se preocupan por los votos y contribuciones para sus campañas, y evalúan el impacto de cualquier legislación sobre portadores de intereses y personas que proporcionan los insumos fundamentales para su supervivencia política. Algunas investigaciones muestran que la importancia de las preferencias del electorado –incluyendo la popularidad del presidente en ese electorado– tiene tanto peso como el partido y las lealtades ideológicas de los legisladores (8).

Los líderes parlamentarios son vitales en ese esquema para organizar las coaliciones de votantes. La presidenta de la Cámara de Representantes, Nancy Pelosi, contaba con una exitosa experiencia política, y desarrolló durante su casi cuarto de siglo en el Congreso una aceptación pragmática de la necesidad de compromisos para construir mayorías. La contrapartida de Pelosi en el Senado era el líder por la mayoría Harry Reid, cuya tarea era considerablemente más difícil: tenía que ganar 60 votos sobre 100 para superar el procedimiento que se conoce como *filibustero*. Se trata de una estrategia que solo debería ser invocada ocasionalmente pero, a lo largo del debate sobre la reforma, habría aparecido de manera constante. Permite a los opositores demorar o bloquear una legislación o la nominación de funcionarios federales o jueces: un agrupamiento de 41 senadores puede detener el progreso de un proyecto rehusándose a votar para cerrar el debate.

En 2008, llegó a parecer imposible que los senadores demócratas pudieran conseguir los 60

votos necesarios para superar un filibustero. Reid debía contar con el acuerdo de todos los miembros de su partido y obtener, además, el apoyo de algunos independientes. La situación requería que Reid explorara en forma cotidiana las posiciones políticas y los deseos personales de cada uno de los miembros (7).

Por otra parte, el presidente del Senado tiene más dificultades que su colega de la Cámara de Representantes para controlar el debate en el piso. Una mayoría en Representantes decide qué proyectos se introducen, si se pueden proponer enmiendas y durante cuánto tiempo pueden ser debatidas. Por el contrario, las reglas en el Senado dotan a cada individuo de discreción sustancial para ofrecer enmiendas. Un proceso de enmiendas abiertas, junto con el filibustero, produce una potente arma para que la minoría retarde o bloquee los esfuerzos de la mayoría.

En un cuerpo con solo 100 miembros, donde cada voto era importante, los demócratas estaban divididos en conservadores, moderados y liberales. Los dos primeros grupos se preocupaban por la derrota de la reforma y el debilitamiento de la presidencia. Los liberales, por su parte, querían una expansión de los poderes gubernamentales. Esto generaba un desequilibrio en las negociaciones. El desenlace fue que los liberales estuvieron dispuestos a perder su batalla por la opción pública para lograr la aprobación de alguna versión.

En cuanto a los republicanos, se encontraban en desventaja por tener la más reducida minoría en décadas. Pero sus líderes podían todavía usar todas las reglas disponibles para hacer más lento el proceso legislativo, dando tiempo a los grupos de interés para oponerse a la reforma a través de campañas públicas de rechazo. Las tácticas republicanas fueron especialmente efectivas cuando los senadores individuales negociaban concesiones específicas para empresarios y ciudadanos de su estado. Este tipo de tratos es típico en el Congreso pero no luce bien en la televisión nacional (7).

La participación de los legisladores en la tarea legislativa

No solo las estrategias de reforma en EE.UU. se diferenciaron de las negociaciones políticas en Argentina por la publicidad de los acuerdos con los

grupos de interés. También fue muy diferente en ambas cámaras del Congreso el involucramiento de los legisladores en la redacción de las leyes.

Las expectativas originarias de alcanzar acuerdos bipartidarios se diluyeron a lo largo de 2009. Los republicanos, orientados a favor de la reforma, concluyeron que los diseños de política de los demócratas –con mandatos sobre individuos, aumento de impuestos, nuevas exigencias sobre estados y empleadores, expansiones del *Medicaid*, importantes subsidios– eran obstáculos demasiado difíciles de superar para ellos y, especialmente, para la base dura del partido.

En cada una de las cinco comisiones del Congreso con jurisdicción en salud, los equipos trabajaron contra reloj para diseñar la legislación, a través de los procedimientos formales de las comisiones, llamados “*markups*”, donde cada miembro de la comisión puede proponer adiciones, supresiones y cambios para el futuro proyecto. Meses de asesoramiento de expertos, aportes de actores, solicitudes de equipos y miembros, y análisis de datos, fueron transformados en lenguaje legislativo por los miembros de las comisiones y sus respectivos asesores del Senado y Representantes.

Es posible encontrar un ejemplo de proceso de *markup* en la descripción que proporciona McDonough (7) del trabajo en la Comisión HELP: 12 senadores demócratas, todos miembros de la Comisión, con sus equipos, alrededor de 40 personas en total, apiñados en la oficina del senador Kennedy, discutieron cada provisión de la política de reforma. El senador Chris Dodd, asumiendo el rol de presidente por su mejor amigo en el Senado, Kennedy, que se encontraba en las últimas etapas de un cáncer terminal, tomó a su cargo la coordinación del debate, durante las cinco semanas que insumió el más largo *markup* en la historia de la comisión y uno de los más largos en la historia del Senado.

El *markup* de la Comisión HELP, tomó 56 horas a través de 23 sesiones durante junio y julio. De las 788 provisiones presentadas, 525 fueron observadas por los diez miembros republicanos. Dos senadores observaron 332 de ellas. En total 287 correcciones fueron consideradas y 161 provisiones propuestas por republicanos fueron adoptadas, ya sea en su formato de origen o en forma revisada (7).

Dadas las limitaciones de la Comisión HELP –no puede tocar *Medicaid* ni *Medicare*, ni establecer impuestos para pagar la expansión de cobertura– su propuesta tenía grandes brechas, que los republicanos explotaron para caracterizar el proyecto como dotado solamente de medio respaldo. La legislación tuvo su voto final en la Cámara de Representantes el 15 de julio y sobrevivió al *markup* sin serio daño y, lo más importante, con los trece demócratas unidos. Algunos votos sobre provisiones fueron bipartidarios, tales como la exigencia a los miembros del Congreso y sus equipos de obtener seguro a través de los nuevos intercambios.

En paralelo a los debates en la Comisión HELP, los presidentes de las tres comisiones de Representantes –Educación y Trabajo, Energía y Comercio, y *Ways and Means*– deliberaron para llegar a una propuesta de reforma unificada. Fue un plan completo, diferenciado hacia la izquierda de la dirección adoptada por el Senado, que planteaba financiar la reforma en forma significativa con nuevos impuestos sobre personas de alto ingreso, e incluir una exigencia a la mayoría de los empleadores para cubrir a sus trabajadores o pagar una pesada contribución al gobierno federal. Incluía una robusta opción de plan público que sería ofrecida por los nuevos intercambios que, a diferencia de cualquiera de las versiones del Senado, sería una única entidad federal, no una amalgama estado por estado. La propuesta emergió de un intenso esfuerzo de colaboración por parte de los miembros de las tres comisiones de esa Cámara. El acuerdo fue que cada comisión hiciera su propio *markup*, luego se consolidaría uno bajo la égida del *House Committee on Rules* y se llevaría el paquete de reforma ante la Cámara.

Entre el 22 de septiembre y el 16 de octubre la Comisión de Finanzas del Senado debatió la propuesta de reforma presentada por Baucus. A diferencia de las otras Comisiones solo aprobó un “borrador conceptual”, que tomaría forma legislativa luego de la finalización del *markup*. El plan propuesto resultaba menos costoso que los presentados por la Comisión HELP y la Casa Blanca, cubría menos personas sin seguro y proporcionaba subsidios menos generosos para la compra de cobertura. En total, 564 provisiones se ofrecían en un documento de 223 páginas. El plan no contenía una opción pública, ofrecía en

cambio apoyo para hipotéticas cooperativas de seguros de salud. El voto final fue de 14 a 9, con un solo republicano en apoyo de los demócratas. Finalizada la tarea, la reforma seguía siendo tan controvertida y partidaria como siempre. Sin embargo, las cinco comisiones con jurisdicción se habían pronunciado. Ninguna reforma de salud había llegado tan lejos en 75 años.

El plenario en la Cámara de Representantes y el Senado

Dos comisiones en Representantes habían aprobado fundamentalmente la legislación propuesta por esa Cámara, prácticamente intacta, con solo cambios menores mientras, la tercera, de Energía y Comercio había hecho importantes enmiendas: sobre la opción de plan público, desvinculando los pagos al proveedor en el *Medicare*, sobre la responsabilidad del empleador, exceptuando a más empleadores de cualquier pago, sobre el incremento de los pagos al *Medicare* en áreas rurales; entre otras. En tanto el voto final en Representantes se preveía ajustado, pese a la importante diferencia numérica entre demócratas y republicanos (81 miembros), la versión de la Comisión de Energía y Comercio ponía en peligro el resultado. No se contaba con los votos suficientes para la versión original.

Después de un penosísimo proceso para alinear una mayoría, la presidenta de la Cámara, Nancy Pelosi, y su equipo obtuvieron, el 7 de noviembre, un triunfo por 220 a 215, con un solitario republicano votando “sí”, y 39 demócratas votando “no”. Para lograrlo, Pelosi se vio obligada a votar una estricta enmienda contra el aborto que prohibía a cualquier plan, que operara en los nuevos intercambios, ofrecer cobertura con ese fin, excepto a través de un pago específico; los demócratas *pro-choice* habían pedido al menos un plan que cubriera abortos. La enmienda se aprobó por 240 a 194 votos.

Los líderes demócratas en la Cámara de Representantes habían redactado una versión final de lo que llamarían *Affordable Health Care for America Act*, hacia fines de julio. Cuando la Comisión de Finanzas del Senado terminó su *markup*, en octubre, ya habían terminado la compatibilización de los dictámenes y estaban contando los votos.

Las dos Comisiones del Senado necesitaban también compatibilizar sus proyectos. La mayoría de las provisiones se encuadraban dentro de la jurisdicción de cada una de ellas, facilitando la tarea. Sin embargo, el primer título de cada una abordaba cuestiones controvertidas, como la reforma del mercado de seguro, la responsabilidad individual y del empleador, los intercambios, los subsidios a las primas, los costos compartidos, etc.

Las reuniones en el Senado para compatibilizar esas versiones conformaron un largo proceso de edición, revisión y cambios, que duró semanas. Fue en este punto donde el lenguaje y la estructura esencial de la futura ley fueron modelados.

También fueron necesarios los cálculos de costos para cada sección por parte de la CBO. Mientras sus analistas trabajaban para producir estimaciones creíbles, los equipos del Congreso se agitaban a su ritmo. Cuando los cálculos llegaban con resultados negativos, los equipos retrabajaban las decisiones para alcanzar estimaciones más favorables que pudieran superar el escrutinio público.

Mientras tanto, Reid procuraba obtener los 60 votos necesarios, simplemente, para permitir el comienzo del debate. El 19 de noviembre reveló la versión resultante del proceso de compatibilización, y un cálculo de la CBO que estimaba un costo en 10 años para la reforma de 840 mil millones de dólares, y una reducción del déficit de 130 mil millones. Reid había conseguido los votos para iniciar el debate, pero no estaba asegurada la decisión final. Un grupo de senadores demócratas había aclarado que solo votaría el proyecto si obtenía cambios significativos. Las negociaciones se prolongaron hasta el 24 de diciembre, fecha de la aprobación.

Cuando ambas Cámaras han aprobado una legislación amplia y compleja, el proceso usual es organizar una comisión bipartidaria para unificarlas, de modo de someterlas a una votación final. Dada la cerrada oposición de los republicanos, dispuestos a demorar las decisiones indefinidamente, los líderes demócratas decidieron eludir ese trámite y acordar una versión única –tarea en la que se involucraron también los equipos de la Casa Blanca– que sería sometida a votación en ambas Cámaras: un proceso conocido como *ping-pong* legislativo.

A mediados de enero, una elección especial en Massachusetts, destinada a elegir al reempla-

zante de Kennedy en el Senado, resultó en un triunfo republicano. Los demócratas habían perdido uno de sus 60 votos y fue necesario rediseñar una estrategia.

No es de interés para este trabajo insistir en los detalles. Nuevas negociaciones demoraron la aprobación de la *Affordable Care Act* que fue promulgada el 30 de marzo de 2010 (7).

En este resumen muy apretado, considero que se han hecho evidentes las diferencias con Argentina en los mecanismos del trabajo legislativo. Las más importantes son, en mi opinión, la limitada injerencia del Poder Ejecutivo en la redacción de los proyectos, el trato directo y público entre los miembros del Congreso y las corporaciones, la ausencia de disciplina de bloque. Agregaré argumentos en el siguiente parágrafo.

SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CON LOS PROCESOS DECISORIOS EN ARGENTINA

En función de los objetivos de este documento, considero innecesario hacer una descripción de los procesos de toma de decisiones en Argentina. En mi opinión algunas características generales deberían ser suficientes para justificar lo que he formulado como segunda hipótesis.

El peso de la opinión pública. Un análisis superficial de los resultados de las encuestas de opinión en EE.UU. podría inducir a pensar que en ese escenario existe una clara conciencia del carácter de derecho universal de la atención de salud, como podría afirmarse en los países con vigencia histórica de un Estado de Bienestar. Sin embargo, me atrevería a afirmar que la preocupación por la cobertura de atención médica no expresa el reconocimiento de un derecho con esas características. Las críticas al sistema, por insuficiente cobertura y el aumento de los costos, se manifiestan en formas similares a las registradas por las escasas investigaciones disponibles para nuestro país: una posible mayoría está de acuerdo en que la cobertura debe estar disponible para la población de menores recursos pero, al mismo tiempo, aquellos que disponen de una cobertura adecuada pretenden conservarla sin modificaciones. En Argentina, la historia del particularismo en la concreción de la cobertura de obras sociales puede remontarse a

los primeros años de la década de 1940, a partir de la firme oposición de los sindicatos ferroviarios a permitir la intervención de funcionarios públicos en la gestión de la Dirección General creada por el gobierno en su beneficio.

La diferencia que puede señalarse es la activa defensa por parte de los estadounidenses de lo que consideran sus derechos civiles y políticos. Las encuestas de opinión enumeran un conjunto de reivindicaciones específicas que difieren en cada coyuntura. La estrecha vinculación de los legisladores de ambos partidos con sus bases en la jurisdicción donde deben renovar sus mandatos da cuenta de un fenómeno similar. No quiero decir con esto que en la relación representante/representados domine el principio un ciudadano/un voto; se trata siempre de clientelas electorales con capacidad de presión, que frecuentemente generan divisiones internas en cada partido, en ocasión del trabajo parlamentario.

En nuestro país, la población urbana se moviliza —como hemos visto en los últimos meses— por algunas reivindicaciones significativas en los períodos de crisis o cambios importantes. Ejemplos históricos pueden ser las movilizaciones en los primeros años de la presidencia de Raúl Alfonsín en oposición al aumento de la carga impositiva y el movimiento piquetero de la década de 1990. En salud, cabe mencionar la organización y movilización de los afectados por el VIH. La práctica generalizada, sin embargo, remite a la presión de empresas y corporaciones con llegada al gobierno que operan directamente en vinculación con los funcionarios del Poder Ejecutivo.

El rol del Parlamento. Es redundante —aunque necesario— recordar la escasa significación del Parlamento en la elaboración de la legislación; la reiteración de argumentos fuertemente ideologizados en los debates en las comisiones, la frecuente utilización de la exigencia de un determinado quórum para trabar los procesos parlamentarios. En EE.UU. hay serias dificultades para llegar a aprobar una ley; sin embargo, una vez sancionada, adquiere vigencia efectiva y es respetada por todos, hasta que se obtiene su derogación o es observada por la Corte Suprema.

En la historia legislativa Argentina puede recuperarse una serie de leyes destinadas a ordenar y regular los servicios de salud, que no lograron aplicarse. La disciplina del partido gobernante, las

facultades asumidas por gobiernos dictatoriales, el compromiso entre un partido de gobierno debilitado y sindicatos con enorme capacidad de presión estuvieron en la sanción de la Ley 20748 del Sistema Nacional Integrado de Salud en 1974, de la Ley 22269 de reforma de las obras sociales impuesta por la dictadura militar en 1980, de la Ley 23661 del Sistema Nacional de Seguro de Salud y la Ley 23660 de Obras Sociales sancionadas por el Congreso en 1988. Las dos primeras cayeron por su propio peso, la última se aplicó exclusivamente para recuperar el sistema creado por la Ley 18610. Incluso esta última, finalmente aceptada y defendida por las corporaciones de salud, no logró los magros objetivos de mayor equidad propuestos para el Fondo de Redistribución. Curioso engendro que todavía no ha logrado un régimen eficaz y eficiente de reasignación de recursos financieros.

La cuestión de las capacidades institucionales. Una abundante bibliografía se ha ocupado en las últimas décadas de esta problemática. Para ilustrar mi objeto intentaré una síntesis de los abordajes referidos a la toma de decisiones sobre políticas y las razones de las dificultades presentes en Argentina.

En la opinión de Pablo Spiller y Mariano Tommasi (9), las políticas, para ser efectivas, requieren determinadas “propiedades”, tales como estabilidad, credibilidad, flexibilidad y coherencia. Conforme su enfoque, la presencia de tales atributos dependerá del proceso por el cual las políticas son decididas e implementadas. Proceso que, a su vez, dependería de los incentivos y límites que las instituciones políticas están en capacidad de imponer sobre los actores políticos claves.

Su diagnóstico sobre las políticas públicas en Argentina indica que pueden ser caracterizadas como relativamente volátiles, a menudo rígidas, no bien coordinadas entre diferentes decisores, escasamente dotadas de imperio (*enforcement*) y, con esa dinámica, demuestran falta de inversión en capacidades institucionales.

Uno de los rasgos señalados en ese diagnóstico es la falta de incentivos para los legisladores para emprender actividades legislativas, incluyendo la supervisión de la burocracia o la implementación del presupuesto, que ha garantizado al ejecutivo amplia discreción en lo relativo a su diseño e implementación. Esta

discrecionalidad, dada la fuerte dependencia financiera de las provincias respecto del centro, sirve de contrapeso del poder otorgado por las reglas electorales a los gobernadores provinciales. Así, el gobierno nacional depende de las elites políticas provinciales para su agenda legislativa, mientras estas dependen del centro para su viabilidad financiera. La conclusión que interesa enfatizar es la escasa importancia del Congreso en la discusión de políticas.

Las leyes se definen en el Ejecutivo, y aquí el rasgo negativo se vincula con la inexistencia de una burocracia profesional. Los ejecutivos, en casi todos los sistemas presidenciales, son transitorios. En Argentina, el Congreso no es sin embargo un principal de largo plazo, en la medida en que los legisladores rotan velozmente y no están particularmente motivados para controlar la administración.

La burocracia, como consecuencia, enfrenta débiles incentivos de largo plazo, facilitando el desinterés y necesitando controles administrativos intrusivos para evitar la corrupción, y sin capacidades técnicas suficientes para generar políticas oportunas y efectivas. Cada nuevo ejecutivo, inhábil para motivar (o despedir) a la burocracia permanente, ha concretado un gran número de nombramientos políticos, a menudo bajo acuerdos de trabajo mucho más flexibles, creando una burocracia paralela, transitoria. Esta burocracia paralela emprende las mismas acciones para las que está designada la burocracia normal, que es incapaz o no está dispuesta a llevarlas a cabo. La rotación, a nivel de los niveles de secretarías y ministerios, implica también rotación de la "burocracia paralela", limitando la extensión del conocimiento institucional y el desarrollo de cooperación entre organismos, profundizando la heterogeneidad en la calidad de la política y la falta de coherencia política.

Otro rasgo que me interesa recuperar del artículo ya mencionado es la débil capacidad de la justicia para asegurar el *enforcement* de los preceptos constitucionales y las decisiones legislativas. En las últimas décadas del siglo XX –desde 1960 hasta mediados de 1990– el promedio de permanencia en sus cargos de los miembros de la Corte Suprema fue de cuatro años. Después de la primera guerra, la Corte argentina estuvo en condiciones de llegar a ser semejante a su contraparte

estadounidense. Desde su creación en 1863 hasta mediados de la década de 1920, la duración promedio de los cargos aumentó sistemáticamente, alcanzado el mismo nivel que en EE.UU. Spiller y Tommasi (9) enfatizan el rol de la Corte Suprema estadounidense como potencial sostén de contratos constitucionales y legislativos. La subsiguiente inestabilidad política redujo drásticamente ese promedio. El control del gobierno sobre la Corte fue tal que, desde mediados de la década de 1940 hasta la administración de De La Rúa inaugurada en 1999, ningún presidente enfrentó a un tribunal supremo con una mayoría nombrada por un adversario político. Una de las decisiones más reconocidas del presidente Kirchner, fue el nombramiento de una Corte Suprema legitimada por sus antecedentes e independiente. Sin embargo, la sobrecarga de tareas, la lentitud de los procedimientos y, en algunos casos, el desconocimiento del gobierno de los fallos de la Corte, todavía esperan soluciones.

LA PUESTA EN MARCHA DEL **INTERCAMBIO EN EE.UU.: POSIBILIDAD DE ADECUACIÓN EN NUESTRO PAÍS**

El sistema de gestión de cobertura de seguro identificado como *intercambio* (*exchange*) se implementa por primera vez en la reforma puesta en marcha en Massachusetts en 2006. Su objetivo fue la reorganización de una gran parte del sistema privado de seguro en una estructura de "mercado único", con reglas uniformes y un espacio de *clearing* central para la administración de la cobertura. Una nueva agencia estatal, la *Health Insurance Connector Authority*, fue creada para servir como espacio de *clearing*, facilitando la compra, venta y administración de coberturas de seguro de salud privado. La reforma Obama lo establece como obligatorio a partir de 2014.

La idea básica fue que el intercambio de seguro actúe como un "organizador del mercado" y un "agregador de pagos" a través del cual los individuos y grupos de empleadores pueden obtener seguro (10).

Aun teniendo en cuenta que la cobertura de seguro privado en Argentina es limitada, considero que la idea podría aplicarse con grandes beneficios

al sistema de obras sociales. Si se conformara un mercado único en este campo se podría obtener mayor eficiencia en el gasto: en primer lugar, una ampliación significativa del *pool* de riesgo en las obras sociales con un número de beneficiarios insuficiente para garantizar una cobertura eficaz –un número cercano a la mitad de las obras sociales tiene menos de 10.000 beneficiarios–; en segundo lugar, se podrían homogeneizar los términos y condiciones de la cobertura, que en este momento son establecidos por cada entidad conforme criterios propios; en tercer lugar, se podrían obtener contratos más favorables con los proveedores, en este caso, a diferencia de EE.UU.

El organismo –nacional o provincial– compensador de riesgo tendría que tener una conducción técnica –no política– y una supervisión adecuada. La adhesión de cada obra social sería voluntaria y conservaría su individualidad patrimonial e institucional, respetando de ese modo la

concepción patrimonialista y clientelista que hasta este momento ha dificultado las fusiones.

UN CIERRE PROVISORIO

Aun en nuestros días, reconocidos sanitaristas y proyectos políticos más amplios insisten en la mayor eficiencia y eficacia que garantizaría la integración de los subsistemas y una regulación uniforme para la atención de las patologías que más nos afectan. Todas sus afirmaciones son correctas; pero temo que, como en tantas otras áreas, nos hablan de *qué* hay que hacer, y olvidan desplegar el *cómo*. Este es, a mi criterio, el principal desafío: definir un mecanismo de regulación de cada uno de los subsistemas que pueda atenuar las diferencias abrumadoras en el acceso a la atención y el despilfarro de recursos mal administrados.

NOTAS FINALES

a. La importancia de esta comisión radicaba en que su aprobación era indispensable para el tratamiento de todo proyecto que se vinculara con impuestos. Su decisión resultaba fortalecida por la institución de la “*closed rule*”. Esta regla establecía que ninguna enmienda adicional o cambio podía ser agregada

a una legislación que hubiera sido considerada por la Comisión de Medios y Recursos. Las posiciones de su presidente, Wilbur Mills, encuentran detractores y defensores en el mundo académico sin filiación partidaria, lo que permitirá deducir su independencia de criterio, sin consideración a su pertenencia al Partido Republicano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hacker JS. Putting politics first. *Health Affairs*. 2008;27(3):718-723.
2. Belmartino S. Historias comparadas de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos. Buenos Aires: Miño & Dávila Editores; 2011.
3. Peterson M. Congress. En: Morone J, Litman T, Robins L. *Health Politics and Policy*. New York: Delmar; 2008.

4. Marmor TR. *The politics of Medicare*. New York: Aldine de Gruyter; 2000.
5. Belmartino S. *Historia de la atención médica argentina en el siglo XX: Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2005.
6. Belmartino S. Los procesos de toma de decisiones en salud. *Historia y Teoría, Política y Gestión*. 2009;11:33-59.
7. McDonough JE. *Inside National Health Reform*. Berkely: University California Press; 2011.

8. Jacobs LR, Skocpol T. Health care reform and American politics: what everyone needs to know. Oxford: Oxford University Press; 2012.
9. Spiller P, Tommasi M. Political institutions, policymaking processes, and policy outcomes in Argentina. En: Spiller P, Stein E, Tommasi M, Scartascini C. Policymaking in Latin America: how politics shapes policies. Washington DC: Harvard University, Inter-American Development Bank; 2008.
10. Haislmaier EF, Owcharenko N. The Massachusetts approach: a new way to restructure state health insurance. Health Affairs. 2006;25(6):1580-1590.

FORMA DE CITAR

Belmartino S. La reforma de la atención médica de la administración Obama: dificultades para un acuerdo similar en Argentina. Salud Colectiva. 2014;10(1):41-55.

Recibido: 23 de noviembre de 2013

Aprobado: 14 de febrero de 2014



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.