

Reformas político-económicas viables en salud: la provincia de Santa Fe

Germán A. Tessmer*

En este trabajo se presentan los aspectos centrales del proyecto *En busca de lo posible: Reformas político-económicas viables en el sub-sector público de salud de la Provincia de Santa Fe*, inscripto en el área de economía de la salud y que contiene las propuestas que dan origen al plan de tesis doctoral presentado en el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas para su aprobación. El mismo, tiene como objetivo analizar los factores actuales que condicionan el desenvolvimiento del sub-sistema de salud pública de la Provincia de Santa Fe. Posee la finalidad última de proyectar reformas en lo político y económico, tanto al interior de la provincia, como en relación con la posibilidad de generar instituciones de coordinación de políticas sanitarias en el territorio más amplio de la Región Centro.

El abordaje se realizará mediante el cruce de la teoría económica normativa sobre provisión y financiamiento de bienes y servicios públicos; y la caracterización de factores políticos a través de la descripción de las instituciones que moldean y estructuran a los agentes vinculados al sub-sector. Respecto a esto último, el proceso de conformación las agendas formal y decisoria, servirán como indicadores que permitan reflejar la influencia de las restricciones en los agentes públicos a cargo de la toma de decisiones.

Así, el proyecto se estructura en dos grandes etapas. La primera busca caracterizar el sector, brindando información sobre el contexto del sub-sistema y su historia; los actores involucrados con sus capacidades, estrategias y expectativas; y las instituciones que moldean las relaciones entre éstos. La segunda etapa se asienta sobre los cimientos de la anterior, y busca proyectar distintas opciones de reformas en lo político y económico,

* Licenciado en Economía por la Facultad de Ciencias Económicas y Estadística - UNR. En la actualidad, desempeñándose como docente e investigador bajo la modalidad de Becario Doctoral Tipo I - CONICET; por el proyecto «En busca de lo posible: Reformas político-económicas viables en el sub-sector público de salud de la Provincia de Santa Fe».

orientadas por los requisitos de: ser viables en relación a los determinantes del sub-sistema y asegurar el desempeño del mismo en términos de eficiencia.

Desarrollo

«La Argentina es un país federal con un profundo proceso de descentralización que ha terminado por definir una parte sustantiva de la política pública de salud en manos de los gobiernos provinciales» (Cetrángolo *et al.*, 2007:8). La actual configuración de los subsistemas de salud públicos provinciales en general, y de la Provincia de Santa Fe en particular, debe rastrearse en la transferencia de instituciones de salud dependientes del nivel nacional a entidades provinciales y/o municipales, la cual comienza en el año 1957 y culmina en el año 1992, en el Marco Global de la Reforma del Estado y la Ley de Emergencia Económica.

En el último período de reformas de los años noventa, se produjeron tres fenómenos simultáneos relacionados con la descentralización hospitalaria:¹ la transferencia de los últimos hospitales públicos nacionales a las provincias; la reconfiguración de sistemas provinciales de salud, con experiencias de centralización en el ámbito provincial y de descentralización hacia los municipios, conformando un conjunto de situaciones provinciales heterogéneas; y la puesta en marcha de cierta descentralización microeconómica en el ámbito de los hospitales bajo la figura del Hospital de Autogestión. (Belmartino, 2005: 210.)

Por ende, y a diferencia de otros sectores, el panorama de la salud pública actual en la Argentina reviste una alta complejidad por diversas razones:

a) no existe una definición constitucional sobre las potestades de la Nación en el acceso a este servicio; b) existe una fuerte oferta de servicios de salud por parte de la seguridad social, mayormente en manos de organizaciones sindicales de organización centralizada; c) no existe una normativa que defina claramente los lineamientos de la política sanitaria para todo el país; d) existe un mercado privado de la salud de características muy diferenciadas en cada región del país, lo cual introduce una seria condicionalidad a

1. Suele utilizarse de manera indistinta autonomía hospitalaria por descentralización hospitalaria, según el marco teórico que cada autor utilice. En este trabajo se utiliza el primer concepto; sin embargo se ha preferido transcribir de forma textual el fragmento aquí citado.

cualquier proceso de reforma pensado exclusivamente desde el sector público. (Repetto y Alonso, 2004: 24.)

Condicionada por múltiples factores, la provincia de Santa Fe ha transitado el desarrollo de los últimos años con escasas modificaciones activas en la organización del Ministerio de Salud, como en la de sus efectores. Es decir, se han generado respuestas a los últimos procesos de reforma, pero sin comprometer la estructura misma de la organización del sector. La falta de mecanismos de coordinación entre los distintos niveles gubernamentales, tanto en el financiamiento, como en la provisión de servicios; la puesta en marcha de servicios municipales como respuesta unilateral a los problemas de salud de sus respectivas poblaciones; la sobre oferta relativa de servicios de salud provinciales en departamentos con bajos niveles de necesidades estructurales en la población; dan cuenta de la necesidad de evaluar las posibilidades de ejercer una reforma en el sector de salud provincial.

La importancia que tiene esta *problemática*, hace necesaria la producción de investigaciones que permitan conjugar distintos aspectos sobre la emergencia de una reforma. En este sentido Belmartino, Bloch y Báscolo (2003), insisten en la necesidad de analizar los procesos de reforma de la atención médica de la salud, iluminando la dinámica particular de los escenarios locales. Al respecto, en materia de expectativas y visión del estado de la organización del sistema de salud provincial por parte de instituciones locales, el diagnóstico general es el siguiente: «fragmentación de las estructuras, excesiva centralización y burocratización» (Cemupro, 2007: 2).

La burocracia, tal como aquí se la utiliza, indica justo lo contrario a una organización efectiva para intervenir en un proceso de reforma. Según Rueschemeyer y Evans (1985: 49), dicha efectividad radica en un número de cuestiones críticas:

cohesión de la organización, diferenciación y aislamiento del medio ambiente social, ubicación no ambigua de la toma de decisiones y los canales de autoridad, y rasgos internos que promueven la racionalidad instrumental y el activismo.

Así, entre el diagnóstico sobre el Ministerio de Salud provincial y las características que debe tener una organización burocrática eficiente; el Estado en su conjunto cumple el rol simultáneo de ser agente de cambio, como así también, de agente inhibitorio.

Un punto que refuerza el diagnóstico anterior, tiene que ver con el desempeño del sistema de salud de la provincia de Santa Fe. En un estudio reciente, Báscolo *et al.* (2008), muestran que existen marcadas diferencias en materia de financiamiento a la salud pública al interior de la provincia, y que estas no necesariamente se corresponden a un esquema

progresivo, donde los departamentos con mayores necesidades sociales y en salud sean los que mayores recursos reciban por población sin cobertura. Es decir, existe cierto grado de inequidad al interior de la provincia entre departamentos.

De hecho, el análisis del desempeño del sub-sistema, a través de la perspectiva de la equidad en el financiamiento, sobrepasa los límites del mismo.

La Argentina cuenta con una intrincada red de provisión de servicios de salud, mayoritariamente financiada por mecanismos de aseguramiento social, y con instituciones públicas que dan cobertura teórica a más del 90% de la población. (Maceira, 2002: 7.)

Según el arreglo normativo lo contemple, algunos hospitales públicos son financiados por hasta cinco fuentes de financiamiento, a saber: 1) el Sector público descentralizado, 2) Obras Sociales Provinciales, 3) PAMI, 4) Obras sociales provinciales, 5) Gastos de bolsillo.

Por tanto, una reforma en el sub-sistema provincial que tenga como objetivo ser más equitativo, implica la reorganización de este esquema. Debido a que la Argentina posee la particularidad de que las obras sociales son gerenciadas por sindicatos de trabajadores, una reforma en el sector los involucra. Consecuentemente, con este espectro de actores ampliado, se modifican y aumentan las modalidades de ejercer presión política.

En definitiva, ya sea considerando la organización del Ministerio de Salud, como por el desempeño del sistema provincial y los actores que potencialmente involucra; la posibilidad de realizar una reforma en el sub-sistema público de salud de la provincia de Santa Fe se percibe como problemática, a la vez que necesaria. Sin embargo, ello no determina la dimensión del problema, ni el rol que los distintos actores puedan ejercer en el proceso, tanto como promotores o como inhibidores de la misma.

En este sentido, la experiencia acumulada sobre las reformas de las políticas sociales de los años noventa en la Argentina, no muestran un importante reconocimiento hacia reglas políticas y procesos de toma de decisiones en los contextos en donde se llevaron a cabo reformas sociales. Repetto (1996) argumenta que fueron concebidas bajo la lógica neoliberal, la cual tiene como sus principales propuestas de transformación la focalización, la privatización y la descentralización.

En un trabajo comprensivo sobre distintas opciones de reforma del estado que se fueron articulando como respuesta al agotamiento del estado de bienestar, Fleury (2003) concluye que la experiencia internacional permite identificar diferentes enfoques teóricos, estrategias, instrumentos y medidas reformadoras, demostrando que no hay una reforma que sirva como modelo, sino principios y orientaciones que se adecuan a la capacidad política e institucional existente en cada realidad nacional. Asimismo, argumenta que la respuesta a la necesidad de reformar el aparato administrativo del Estado, está condicionada

por las opciones políticas adoptadas y por la capacidad técnica y política de los gobiernos para implementar las medidas propugnadas, como así también por el enfoque teórico que guía la reforma.

En relación a lo anterior, el *marco conceptual* de este proyecto se encuentra estructurado en dos ejes generales. El primero es preponderantemente político, y aborda la temática referida a la implementación de políticas públicas de reforma del Estado, abordando la necesidad de identificar los condicionantes específicos que moldean una ese proceso. El segundo eje es de tipo económico, y aborda la temática referida al financiamiento y provisión descentralizada de bienes y servicios públicos.

Para el *primer eje*, orientado a *procesos de reforma política*, Acuña y Repetto (2007:5) argumentan que las distintas opciones de reforma son «el resultado de procesos políticos dentro del sistema de relaciones entre los diversos poderes públicos-estatales e intereses y actores de la sociedad civil y el mercado, como así también, de las características específicas del sistema y de los sub-sistemas en los que estas variables operan». En este trabajo, los autores brindan una metodología descriptiva sobre los condicionantes que deben tenerse en cuenta en la implementación de políticas públicas.

Un antecedente similar puede encontrarse en Ozlak y O'Donnell (1981: 6), quienes proponen una estrategia de investigación de políticas estatales considerándola en el marco de las *cuestiones*.² Ven en el surgimiento y resolución de una cuestión, el resumen de un complejo proceso tejido de interacciones a lo largo del tiempo, llevadas a cabo por un conjunto de actores quienes, asimismo, pueden ir cambiando. Si bien no llegan a formalizar un modelo sobre el estudio de políticas públicas, generan una batería de preguntas clave sobre aquellos aspectos que consideran relevantes del proceso de resolución de una cuestión.

Si bien un análisis basado en la modelización de los actores queda fuera de las posibilidades de este estudio; los trabajos de Axelrod (1997), sobre modelos de cooperación y colaboración basados en agentes, realizados sobre promoción de normas y elección de bandos, arrojan luz sobre la dinámica de procesos de negociación en entornos complejos y con agentes múltiples. Las preguntas que se habilitan bajo esta perspectiva se orientan a indagar sobre los factores que logran que se mantenga estable una solución posible y no otra.

2. Debe entenderse por *cuestiones* a las necesidades y demandas de los integrantes de una sociedad que se encuentran socialmente problematizadas, en el sentido de que ciertas clases, fracciones de clase, organizaciones, grupos o incluso individuos estratégicamente situados, creen que puede y debe hacerse *algo* a su respecto y están en condiciones de promover su incorporación a la agenda de problemas socialmente vigentes.

Para el *segundo eje de tipo económico*, se tomará como punto de partida la teoría del Federalismo Fiscal; no sin dejar de problematizar sus supuestos, ya sea en relación con objeto de estudio, como así también en contraposición a otras teorías que abordan el mismo tema. En ese sentido, también se considerarán las teorías de *Public Choice* y el Modelo Principal-Agente.

En el marco del Federalismo Fiscal, Oates (1972) expone en su teorema de la descentralización que cada servicio público debe ser provisto por la jurisdicción que tenga control sobre la mínima región geográfica capaz de internalizar los costos y beneficios de esa provisión. Argumenta que la falta de correspondencia entre la jurisdicción de cada gobierno y la demanda que satisface, crea externalidades que tienen que ser compensadas entre sí. La prestación de servicios de salud públicos es más eficiente cuando se realiza de forma descentralizada que centralizada; en tanto integra todas las preferencias independientemente de sus diferencias territoriales. El límite a la profundización de la descentralización estaría marcado por los beneficios relativos entre este tipo de provisión y los generados por las economías de escala de una gestión centralizada. Musgrave (1992) profundiza este enfoque, donde para elegir el tamaño óptimo del nivel jurisdiccional del gasto cruza el ahorro de escala con el costo de aglomeración de la unidad.

El marco de Opción Pública, parte de considerar que los bienes públicos son soluciones cooperativas —en vez que competitivas— entre los individuos de una sociedad, por ser estas más eficientes. Sin embargo, las condiciones para que los acuerdos cooperativos puedan lograrse requieren la base de acuerdos previos. La elaboración de acuerdos, como los mecanismos para hacerlos cumplir, implica la intervención del Estado. Cuando la comunidad es grande, móvil y heterogénea, se requiere de altos costos para generar una estructura administrativa que refleje efectivamente las preferencias de dicha comunidad para la provisión de bienes públicos. La descentralización en la provisión, es el tipo ideal que propone esta teoría.

El modelo Principal-Agente propone un principal con objetivos específicos, y agentes que son necesarios para implementar las actividades necesarias para alcanzar esos objetivos. Estos agentes, mientras pueden compartir algunos de los objetivos del principal, simultáneamente, poseen otros intereses —por lo general personales—, como incrementar su propio ingreso. Existe entre ambas instancias asimetrías de información y recursos, que exigen —por parte del principal— generar mecanismos de regulación para que los agentes cumplan con los objetivos de las instancias superiores. La relación de esta teoría con la descentralización de servicios públicos en salud es aplicable tanto a las regulaciones que existen entre los distintos niveles de gobierno, como así también, al interior de la organización propia de cada nivel; sin embargo, en el federalismo argentino, no queda claro quién es el principal y quien el agente.

Así, la *hipótesis general* de este trabajo, busca situarse en el cruce de los dos ejes conceptuales aquí expuestos. Entonces, se supone que: el diseño de mecanismos de financiamiento para la provisión de servicios públicos que surgen de la teoría económica normativa, debe considerar al Estado en relación con su contexto y actuando dentro de la lógica que esa relación plantea. Por lo tanto, la *hipótesis específica* para nuestro objeto de estudio es la siguiente: existe un conjunto reconocible de opciones de reformas viables y económicamente factibles, en el sub-sector de salud público de la provincia de Santa Fe, que están relacionadas con la historia del mismo, su configuración actual y la capacidad del estado provincial para llegar a cabo este tipo de políticas.

Bibliografía

- Acuña, Carlos y Repetto, Fabián (2007). *Un aporte metodológico para comprender (y mejorar) la lógica político-institucional del combate a la pobreza en América Latina*. Consultado el 04/10/08 en: <<http://www.udes.edu.ar/files/UAHumanidades/DT/DT44-ACU%C3%91A-REPETTO.PDF>>.
- Axelrod, Robert (1997). «The Complexity of Cooperation: Agent-Based Models of Competition and Collaboration». En: Princeton, N.J.: Princeton University Press. *La complejidad de la cooperación. Modelos de cooperación y colaboración basados en los agentes*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica (Original publicado en año 1997).
- Báscolo, E. et al. (2008). *Equidad en el financiamiento público en Argentina. La relación entre Nación, provincias y municipios*. (Proyecto Multicéntrico para las Becas Carrillo Oñativia 2007, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Rosario - Buenos Aires. Pendiente de Publicación).
- Belmartino, Susana (2005). *La atención médica argentina en el siglo xx: instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Belmartino, S., Bloch, C., Báscolo, E. (2003). *Reforma de la atención médica en escenarios locales*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- CEMUPRO - Comisión de salud (2007). *El Plan Federal de Salud y la Provincia de Santa Fe* (Documento de diagnóstico. Rosario).
- Cetrángolo, O.; Lima Quintana, L.; San Martín, M. (2007). *Situación del sector salud en Argentina - Análisis en el contexto de un sistema descentralizado*. Consultado el 02/17/08 en: <http://medicina.uncoma.edu.ar/download/postgrado/gestion_auditoria/bibliografia/modulo_02/situacion_de_salud_en_argentina.pdf>.

- Finot, Iván (2001). «Descentralización en América Latina: Teoría y práctica». *CEPAL-IL-PES, Serie Gestión Pública 12*. Consultado el 03/26/08 en: <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/7259/lcl1521e.pdf>>.
- Fleury, Sonia (2003). *Reforma del Estado*. Consultado el 05/04/08 en: <<http://www.fondominkachorlavi.org/php/doc/documentos/Reforma%20del%20Estado.pdf>>.
- Maceira, D. (2002). *Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino*. Consultado el 05/17/08 en: <<http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/doc/Cedes/sspp/20027.pdf>>.
- Musgrave, R. y Musgrave, P. (1992). *Hacienda Pública teórica y aplicada*. Madrid: Editorial McGraw-Hill, 5.^a edición.
- Oates, W.E. (1972). *Fiscal federalism*. New York: Harcourt Brace Jovanovitch.
- Oszlak, O. y O'donnell, G. (1981). *Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires: CEDES, Documento G. E. CLACSO Nº 4, 1981.
- Repetto, F. (1996). *¿Ruptura o continuidad?: Las transformaciones en la política social de América Latina*. Buenos Aires: Mimeo. FLACSO - Argentina.
- Repetto, F. y Alonso, G. V. (2004). *La economía política de política social argentina: una mirada desde la desregulación y la descentralización*. Consultado el 05/24/08 en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/20289/Sps97_lcl2193.pdf>
- Rueschemeyer, D. y Evans, P. (1985). «El estado y la transformación económica: hacia un análisis de las condiciones que sostienen una intervención efectiva». Traducido de *Bringing the State Back In*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985, pp. 44-77.