

**DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE
SALUD EN LA ARGENTINA**

**Roberto Bisang
Oscar Cetrángolo**

Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los
Servicios Sociales: El rol del Estado en Educación Básica y
Atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe



**NACIONES UNIDAS
COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1997**

LC/L.1071
Noviembre de 1997

Este documento fue preparado por los señores Roberto Bisang y Oscar Cetrángolo, consultores del Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: El rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe (HOL/94/S57). Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Los autores desean agradecer los comentarios y sugerencias de Ernesto Báscolo, Ricardo Carciofi, Rossella Cominetti, Emanuela di Gropello, Oscar Rubio Galli, Ginés González García, Juan Pablo Jiménez, Jorge Katz, Jorge Mera, Juan V. Sourroille y los directores de los hospitales entrevistados en la provincia de Santa Fe.

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
PREFACIO	5
RESUMEN	7
I. INTRODUCCIÓN	9
II. EL FEDERALISMO FISCAL EN LA ARGENTINA	13
1. Aspectos generales	13
2. El financiamiento de los gobiernos subnacionales	15
3. Equidad y federalismo fiscal	19
III. DESCENTRALIZACIÓN Y SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA ..	21
1. Aspectos institucionales y políticos	21
2. Panorama general del sistema de salud	23
3. Cambios en el modelo prestacional de salud	26
4. Etapas del proceso de descentralización del gasto público en salud	29
IV. DESCENTRALIZACIÓN PROVINCIAL Y ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA	35
1. Introducción	35
2. Autonomía hospitalaria en el marco de un plan provincial de salud	36
3. Hospitales autónomos con intentos de coordinación provincial	39
4. Hospitales autónomos sin esquema provincial explícito	41
5. Hospitales autónomos de la jurisdicción nacional	42
6. Sistemas mixtos	43
V. EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN LA PROVINCIA DE SANTA FE	45
1. Introducción	45
2. Indicadores socioeconómicos y conformación del sistema de salud	47
3. Los antecedentes de la descentralización en Santa Fé: Los SAMCO	52
4. El proceso reciente de descentralización	56
VI. REFLEXIONES FINALES	63
NOTAS	69
BIBLIOGRAFIA	77

PREFACIO

El Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud en América Latina y El Caribe, que ejecuta la Comisión Económica para América Latina y El Caribe -CEPAL- con la cooperación del Gobierno de los Países Bajos (HOL/94/S57) y de la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional -ASDI- (SWE/95/S61), está dirigido a identificar los principales desafíos que enfrentan los gobiernos de la región en el ámbito del diseño e implementación de las políticas sociales, así como las potencialidades y limitaciones asociadas a una política de descentralización de los servicios sociales que permita compatibilizar las dimensiones de eficiencia y equidad en un contexto caracterizado por la presencia de importantes restricciones presupuestarias.

Con ese objeto, el Proyecto se ha propuesto analizar los procesos de reforma de las políticas de educación básica y atención primaria de salud, tomando como eje central los procesos de descentralización en un conjunto heterogéneo de países de la región entre los cuales se encuentran: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, México y Nicaragua.

A su vez, se realizan análisis comparativos -entre países- de los procesos de reformas que han tomado lugar en cada sector, con el propósito de identificar los principales hechos estilizados y las lecciones de política que surgen de la revisión de estos procesos.

RESUMEN

En un profundo cambio en el modelo regulatorio de la economía local, la descentralización aparece como una herramienta central en la aplicación de las políticas de reforma en el campo de la salud y la educación públicas. En el contexto de la conformación federal del sistema político argentino, esta transformación tiene como eje el nivel, conformación, financiamiento y forma de ejecución del presupuesto nacional, y se materializa, a lo largo de las últimas décadas, en una constante tensión entre la Nación y las provincias en lo referente a las formas de reparto de lo recaudado y de la ejecución del gasto.

Como resultado de estas tensiones, la Nación ha modificado profundamente su estructura de gastos, transfiriendo a las provincias una parte sustantiva del sistema prestacional de salud. De esta forma, a lo largo de las últimas dos décadas la Nación ha descentralizado la casi totalidad de los servicios sanitarios que aún estaban bajo su jurisdicción, transfiriéndolos a las provincias y/o municipios, como parte de una reforma fiscal de mayor alcance. Más allá de las eventuales bondades en términos de equidad y eficiencia que puedan caracterizar a estas formas de organización, en el caso argentino la génesis de la descentralización está relacionada con la reestructuración de las relaciones financieras entre los diferentes niveles de gobierno.

Múltiples y altamente heterogéneas son las respuestas desde los espacios provinciales y municipales receptores de estas medidas. Se trata de un proceso muy alejado de las adaptaciones automáticas del mercado que demanda un complejo ajuste de las unidades prestacionales y exige la conformación estructural propia de cada uno de los sistemas prestacionales locales. Además, cada provincia establece sus propias políticas de gestión y coordinación de sus unidades prestacionales, por medio de una compleja serie de modificaciones operacionales resumidas en una mayor autonomía para los hospitales como unidades operativas (posibilidad de compras descentralizadas, captación de recursos adicionales, pagos de sobresalarios, etc.). En ese sentido, se comienza a transitar desde una organización altamente burocrática, centralizada y fuertemente relacionada en su accionar con la administración central a otra con crecientes grados de autonomía.

Una parte sustancial de los resultados de estas políticas de reforma, en términos de eficiencia y equidad, se determina en las múltiples aristas que adopta cotidianamente este proceso de transición institucional. La administración autónoma, la posibilidad de los hospitales de captar recursos adicionales, el control de las políticas de recursos humanos y la direccionalidad de la estrategia futura de la institución, son, entre otros, algunos de los aspectos centrales que se redefinen en estos procesos y que demandan una cuidadosa estrategia -tanto a nivel microeconómico como global- de coordinación y direccionamiento en pro de mejorar la eficiencia y equidad del sistema.

I. INTRODUCCIÓN

En una gran cantidad de países de América Latina se están llevando a cabo profundas modificaciones en la forma de intervención pública, particularmente en el campo social, con el objeto de lograr un uso más eficiente y equitativo de los recursos. La descentralización constituye una de las herramientas que mayor atención ha suscitado en este proceso de reformas estatales. Se sostiene que el traspaso, bajo ciertas condiciones, de diversos aspectos de las intervenciones públicas desde los poderes centralizados a jurisdicciones de menor jerarquía y desde éstos a los efectores finales de los bienes y servicios sociales podría redundar en mejoras sustanciales en términos de eficiencia (mejor uso de recursos) y equidad (mayor accesibilidad).

Como se señaló en un estudio previo,¹ los resultados en materia de eficiencia y equidad de la descentralización del gasto público se inscriben en un proceso de gran complejidad, lejos de los mecanismos automáticos del mercado y con altos grados de especificidad según el tipo de actividad al que se refieren. La obtención de los objetivos propuestos demanda un proceso de cambio no instantáneo que articule distintos aspectos.

El primero de estos se refiere a la descentralización del esquema de captación de recursos y asignación de gastos desde la Nación hacia las provincias, aspecto donde cobra especial relevancia el funcionamiento del federalismo fiscal de cada país y su proceso de programación presupuestaria, así como el particular diseño financiero que acompañe la descentralización de servicios. El segundo tiene como epicentro las medidas que toman las provincias como receptoras iniciales del proceso de descentralización; sus posibilidades van desde replicar el esquema centralizado inicial, pero en un espacio acotado, hasta reproducir total o parcialmente el proceso descentralizador hacia las unidades ejecutoras finales. El último aspecto lo constituye el "sendero" que desarrolla la unidad microeconómica ante la posibilidad de pasar de ser un ejecutor de órdenes a un efector con responsabilidades y control sobre la toma de sus decisiones. En este plano, donde se le otorga contenido a los conceptos de eficiencia y equidad, por lo general existen historias institucionales previas, equipamientos y recursos humanos que, ante las nuevas circunstancias, comienzan a transitar por un complejo proceso de cambio que guarda relación directa con el resultado final de la descentralización.

Desde esta óptica, la evaluación del proceso de descentralización de la provisión pública de salud en la Argentina, debe considerar, en primer lugar, los aspectos específicos de la restricción fiscal junto con las principales alternativas de su dilatada historia en materia de federalismo. En segundo término, la presencia de distintas actitudes de las provincias frente a estos procesos determina la necesidad de incorporar al análisis experiencias muy variadas, y, al mismo tiempo, llamar la atención sobre la existencia de diferentes tipos de

descentralización. Finalmente, cabe examinar los procesos de reacomodamiento generado por las organizaciones hospitalarias desde una perspectiva netamente microeconómica (formas de fijación de objetivos, mecanismos de administración, sistemas de incentivos, etc.). Tanto los aspectos específicos de cada una de las facetas de la descentralización como su interacción tienen importantes consecuencias sobre los indicadores de eficiencia y equidad del sistema prestacional de la salud.

Sin embargo, aun cuando esas tres dimensiones sean incorporadas al análisis, permanecerán ausentes algunos temas centrales en el desarrollo de la salud en la Argentina. En efecto, una completa evaluación de los cambios ocurridos en la organización de la provisión pública de salud debería considerar que los alcances del proceso de descentralización se hallan limitados por el desarrollo de una instancia fundamental sistema de salud argentino: las obras sociales, que se han organizado con un elevadísimo grado de centralismo. Por otra parte, no se debe olvidar el estrecho vínculo entre los subsectores público y de obras sociales con el desarrollo del sector privado. El presente informe tiene por objeto evaluar las mejoras en la eficiencia y la equidad asociados al proceso de descentralización fiscal argentino en materia de salud. Para cumplir con ese cometido se presentarán algunas referencias a los subsectores de obras sociales y privado, pero serán marginales y atendiendo a la necesidad de comprender mejor la lógica de la provisión pública.

Siguiendo esta óptica de análisis, en los capítulos II y III se ofrecen las características centrales del federalismo fiscal en la Argentina y una descripción de la compleja organización del sector de la salud, incluyendo una presentación de las diferentes etapas históricas en que se desarrolló el proceso de descentralización hospitalaria. Esencialmente, los problemas que presenta la provisión pública de salud en la Argentina en materia de equidad dependen de las particulares relaciones financieras entre los diferentes niveles de gobierno y de una compleja y sumamente fragmentada organización de la salud, tanto en materia de provisión pública como considerando la relación entre ésta y los restantes subsectores que conforman la oferta de salud.

La revisión del proceso histórico de descentralización de servicios públicos de salud hacia las provincias, que se presenta en el capítulo III, mostrará la conformación de un sistema desarticulado. No obstante, ello no implica la inexistencia de gestión autónoma por parte de los gobiernos provinciales. Por el contrario, en el capítulo IV se tratará de ilustrar cómo la ausencia de un ordenamiento global ha determinado un importante margen de libertad en la determinación de los sistemas de salud en manos de cada jurisdicción. Como consecuencia de ello, a lo largo del territorio nacional se pueden identificar experiencias sumamente diversas, cuya introducción en el análisis muestra las fallas que el proceso presenta en materia de equidad.

Con el objeto de alcanzar una visión integradora de los aspectos de eficiencia y equidad en la prestación de la salud, la revisión de experiencias provinciales incorpora un rápido análisis de la descentralización a nivel microeconómico, lo que ayuda a identificar la coexistencia de diversas tipologías de descentralización hospitalaria. Ellas serán incorporadas en el análisis de las experiencias provinciales para definir una clasificación de

los diferentes sistemas de salud que conviven en el territorio argentino. Finalmente, se hace necesario profundizar el análisis de un caso especial de organización, el de la Provincia de Santa Fe, que por su complejidad resulta ser representativo de los problemas de eficiencia y equidad que enfrenta la organización de la salud en la Argentina.

II. EL FEDERALISMO FISCAL EN LA ARGENTINA²

1. Aspectos generales

La Argentina ha adoptado la forma de gobierno representativa, republicana y federal, está constituida por 23 provincias y la Ciudad de Buenos Aires (capital de la República). En su Constitución Nacional se establecen las bases de la distribución de potestades tributarias y responsabilidades funcionales entre los diferentes niveles de gobierno. Con relación al primero de los aspectos, dispone que los fondos provenientes de la recaudación de derechos de importación y exportación corresponden a la Nación, mientras que la facultad de imponer contribuciones indirectas es concurrente entre la Nación y las provincias. Por su parte, la Nación puede imponer contribuciones directas "siempre que la defensa, seguridad común y bienestar general del Estado lo exijan".³ Lo recaudado por este último concepto y por las contribuciones indirectas se distribuyen entre la Nación y las provincias. En lo que se refiere a las competencias, las provincias conservan todo el poder no delegado al gobierno federal. Este tiene exclusiva responsabilidad en materia de relaciones exteriores; emisión de moneda; regulación del comercio; navegación interior y exterior; dictado de Códigos Civil, Comercial, Penal y de Minería; y armado de ejércitos y buques de guerra.

En su evolución de largo plazo, la estructura jurisdiccional del gasto ha seguido un camino diferente al correspondiente a la recaudación tributaria. La creciente descentralización de los gastos se ha producido simultáneamente con una fuerte tendencia hacia la centralización de la recaudación. Durante 1994 el gobierno nacional ejecutó el 54.2% del gasto público total, mientras que las provincias y municipios tuvieron a su cargo el 45.8% restante. Como se aprecia en el cuadro 1, quince años antes, en 1980, esos porcentajes eran 70.7 y 29.3, respectivamente. La participación de la Nación en el financiamiento del gasto ha disminuido en el rubro educación básica, saneamiento ambiental, vivienda y servicios sanitarios. Ello se debe parcialmente a la descentralización efectuada en el período bajo estudio.⁴ En materia de salud, durante 1994, las provincias financiaron casi el 74% del gasto público total en atención médica y los municipios y la Nación se repartieron el resto en partes iguales. Por su parte, en ese mismo año, la recaudación tributaria del gobierno central alcanzó las tres cuartas partes del total, mientras que la correspondiente a las jurisdicciones provinciales fue del 21% y la de los municipios un 4% del total.

La estructura de financiamiento tributario del sector público argentino está compuesta por recursos de distinto origen. Durante el año 1995 el sector público contó con un monto de recursos tributarios equivalente a 18.3% del PIB. De este total, el 10.9% del PIB correspondía a tributos recaudados por la administración central (a cargo de la

Dirección General Impositiva -DGI- y la Administración Nacional de Aduanas -ANA-), el 4.2% correspondió al Sistema de Seguridad Social y el 3.2% restante fue recaudado por las jurisdicciones provinciales. En el cuadro 2 se puede observar la estructura tributaria de cada nivel de gobierno.

Comparando los cuadros 1 y 2 surge con claridad la existencia de una profunda brecha entre los gastos que deben afrontar las jurisdicciones provinciales y los recursos recaudados por cada una de ellas (cuadro 3). Para cubrir esa diferencia funciona un complejo esquema de transferencias intergubernamentales, básicamente desde la Nación hacia las provincias. Buena parte de ese esquema descansa sobre un grupo de transferencias desde la Nación a las provincias sin condicionamientos. Entre ellas, el Régimen de Coparticipación Federal de Impuestos se constituye en el cuerpo central de ese mecanismo y consiste en un sistema de reparto automático entre las provincias, de un importante agregado de tributos que recauda la Nación, de acuerdo con los coeficientes estipulados por la ley.

Cuadro 1
GASTOS POR SECTOR Y NIVEL DE GOBIERNO
(en porcentajes)

	Nación		Provincias		Municipalidades	
	1980/1984	1994	1980/1984	1994	1980/1984	1994
FUNCIONES DEL ESTADO	58.0	44.4	32.3	43.0	9.7	12.6
Administración General	27.6	34.1	44.0	40.5	28.4	25.4
Justicia	37.9	35.8	62.1	64.2	0.0	0.0
Defensa y Seguridad	77.4	60.9	22.6	39.1	0.0	0.0
GASTO PUBLICO SOCIAL	61.9	54.0	32.7	39.2	5.4	6.8
Educación Básica	33.7	0.4	63.7	96.5	2.6	3.1
Educ. Superior y Univers.	83.9	78.0	16.1	22.0	0.0	0.0
Ciencia y Técnica	97.3	94.1	2.7	5.9	0.0	0.0
Atención Médica	14.8	12.7	75.2	73.7	10.0	13.6
Obras Sociales	88.0	71.6	12.0	28.4	0.0	0.0
PAMI	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Saneamiento Ambiental	32.4	7.9	67.6	92.1	0.0	0.0
Vivienda	13.5	6.5	75.4	69.6	11.1	23.9
Bienestar Social	65.9	16.2	34.1	83.8	0.0	0.0
Seguridad Social	79.3	80.6	20.7	19.4	0.0	0.0
Servicios Urbanos	0.0	0.0	3.6	6.7	96.4	93.3
Otros	71.3	74.9	28.7	25.1	0.0	0.0
INFRAESTRUCTURA ECONOMICA	78.9	55.0	19.9	40.5	1.2	4.5
DEUDA PUBLICA	97.8	87.2	2.2	12.8	0.0	0.0
Total	70.7	54.2	25.0	38.5	4.3	7.3

Fuente: Secretaría de Programación Económica (Argentina).

Cuadro 2
RECURSOS TRIBUTARIOS, POR NIVEL DE GOBIERNO Y
TIPO DE IMPUESTOS, AÑO 1994
(en porcentaje)

Impuestos	Nacional	Provincial	Municipal	Total
Ganancias	100.0	0.0	0.0	9.4
Seguridad Social	77.5	22.4	0.0	26.9
Propiedad	14.2	64.6	21.1	6.0
Consumo	74.1	21.8	4.1	47.1
Comercio Exterior	100.0	0.0	0.0	4.4
Otros	74.4	15.8	9.7	6.2
Total	75.1	21.1	3.8	100.0

n.d.: No disponible

Fuente: Basado en datos de la Secretaría de Hacienda y Secretaría de Programación Económica (Argentina).

Cuadro 3
EROGACIONES Y RECURSOS TRIBUTARIOS
POR NIVEL DE GOBIERNO, 1984
(en porcentaje)

	Recaudación Tributaria (1)	Gastos (2)	Diferencia (1-2)
Nación	75.0	54.2	20.8
Provincias	21.2	38.5	-17.3
Municipios	3.8	7.3	-3.5
Total	100.0	100.0	0.0

Fuente: Cuadros 1 y 2

2. El financiamiento de los gobiernos subnacionales

Con relación a las finanzas provinciales, se debe marcar que solo cuatro impuestos logran recaudar la casi totalidad de sus ingresos tributarios propios. Ellos son: los ingresos brutos, inmobiliario, automotor y sellos. Para el total de las jurisdicciones provinciales y ciudad de Buenos Aires (la Capital Federal) los recursos provenientes del primero representaron el 55% de los recursos tributarios propios durante el año 1995; el inmobiliario representó el 18%; 11% el impuesto a la patente automotor; 9% sellos, y otros recursos menores generaron ingresos equivalentes al 7% de ese total. En promedio, lo recaudado por las provincias representa cerca de la tercera parte de los gastos públicos de esas jurisdicciones.

No obstante, el grado de dependencia de las finanzas provinciales con relación a las transferencias de recursos administrados por el gobierno nacional es sumamente variable. Para ilustrar este hecho que caracteriza al sistema de federalismo fiscal argentino, en el cuadro 4 se indica la proporción de los gastos totales de cada jurisdicción financiada con recursos tributarios propios. Se comprueba que la capital federal financia sus gastos casi exclusivamente con recaudación propia; la provincia de Buenos Aires recauda tributos que financian casi el 44% de sus gastos; las siguientes cuatro provincias en importancia económica (Córdoba, Santa Fe, Mendoza y Entre Ríos) presentan un coeficiente similar al promedio, al recaudar fondos equivalentes a casi la tercera parte de sus gastos, y las restantes provincias tienen una recaudación tributaria menor a la quinta parte de las erogaciones. Como casos especiales se deben señalar los de Catamarca, Formosa y La Rioja, que financian la casi totalidad de sus gastos con recursos provenientes de la Nación.⁵

El cuerpo central de las transferencias que las provincias reciben del gobierno nacional está formado por recursos de libre disponibilidad (coparticipación federal y otros). Asimismo, el esquema incluye otro grupo cuya efectiva ejecución está condicionado a un uso determinado de los recursos. Entre esos usos se encuentran funciones tanto sociales como de infraestructura. Para ilustrar este punto, en el cuadro 5 se muestran las transferencias efectivamente realizadas desde 1988 agrupadas según su tipo de asignación. Un rasgo que caracteriza la evolución de este esquema en el mediano plazo es el creciente número y complejidad de la estructura de transferencias.

En la actualidad, el sistema de transferencias de recursos nacionales hacia las provincias está siendo objeto de revisión. Más aún, la nueva Constitución Nacional establece un plazo en el que debería sancionarse un nuevo régimen de coparticipación de impuesto: el 31 de diciembre de 1996. Para cumplir con los objetivos de este documento, resulta necesario revisar las causas que han determinado que el esquema actual de relaciones financieras entre los gobiernos nacional, provinciales y municipales sea extremadamente frágil y transitorio.⁶ El denominado régimen de Coparticipación Federal del Impuestos había evolucionado desde su origen (en 1935) mediante la creciente incorporación de tributos nacionales en la masa de recursos a coparticipar⁷ y el aumento de la participación de las provincias en el total a repartir (coeficiente de distribución primaria). Esto puede observarse en el cuadro 6.⁸

A lo largo de los últimos veinte años una conjunción de factores políticos y macroeconómicos determinaron la fragilidad del esquema de transferencias financieras.⁹ A ello se le sumó la intensa presión de la crisis previsional sobre los recursos tributarios tanto nacionales como provinciales. Como se verá más adelante, hacia fines de los setenta la descentralización del gasto correspondiente a un grupo de hospitales desde la Nación a las provincias formó parte de una estrategia global tendiente a la modificación del esquema de distribución de recursos, ejecutada durante un período donde los gobiernos provinciales eran meros delegados del poder central.

Cuadro 4
RELACIÓN ENTRE RECURSOS TRIBUTARIOS PROVINCIALES Y
EROGACIONES TOTALES POR JURISDICCIÓN. AÑO 1995

Jurisdicción	%	Jurisdicción	%
Capital Federal	88.1	Mendoza	35.9
Buenos Aires	43.6	Misiones	12.9
Catamarca	5.2	Neuquén	15.0
Córdoba	31.7	Río Negro	13.6
Corrientes	11.2	Salta	13.1
Chaco	12.6	San Juan	8.2
Chubut	9.0	San Luis	14.3
Entre Ríos	25.3	Santa Cruz	9.7
Formosa	3.6	Santa Fe	32.6
Jujuy	7.9	Santiago del Estero	9.3
La Pampa	17.0	Tucumán	13.9
La Rioja	2.8	T.del Fuego	13.9
		Total Nación	31.6

Fuente: Ministerio del Interior de la República de la Argentina (1996).

Cuadro 5
TRANSFERENCIAS A PROVINCIAS DE RECURSOS ORIGINADOS
EN IMPUESTOS NACIONALES
(en millones de pesos de diciembre de 1995)

	De libre disponibilidad			De asignación específica				TOTAL
	Copart.	Otros	Subtot.	S.Soc.	Invers.	Otros	Subtot.	
1988	6,681	384	7,065	176	760	437	1,374	8,439
1989	5,468	516	5,984	124	440	655	1,418	7,203
1990	6,111	155	6,266	188	202	51	441	6,706
1991	9,013	224	9,237	39	121	457	617	9,854
1992	10,040	1,763	11,803	119	1,158	314	1,591	13,394
1993	9,622	265	12,274	191	1,414	160	1,765	14,039
1994	9,719	2,853	12,572	192	1,525	128	1,844	14,416
1995	9,032	2,761	11,794	165	1,214	49	1,428	13,221

Fuente: Elaborado sobre la base de Cetrángolo y Jiménez (1996a).

Notas: Las otras transferencias de libre disponibilidad incluyen la distribución del impuesto a las ganancias según NBI y a la provincia de Buenos Aires; el Fondo de Desequilibrios Transitorios para Financiar Desequilibrios Fiscales Provinciales (ley 23 905); el Fondo Compensador de Desequilibrios Fiscales Provinciales (suma fija del Pacto Fiscal), y la redistribución de los fondos retenidos por descentralización de servicios sociales. No se incluyen en este cuadro los Aportes del Tesoro Nacional (ATN) que distribuye el Ministerio del Interior. Las transferencias para financiar gasto de inversión incluyen: Fondo provincial de infraestructura; Vialidad provincial; Obras de infraestructura; Fondo especial para el desarrollo eléctrico del interior y Fondo nacional de la vivienda. Finalmente, las otras transferencias de asignación específica incluyen el fondo de inundaciones, la distribución del impuesto a los activos y el Fondo de financiamiento educativo.

El régimen de coparticipación vigente desde 1988, regulado por la ley 23 548, fue definido originalmente como transitorio¹⁰ y estableció que el monto total recaudado por

los impuestos nacionales -con la excepción de los derechos sobre el comercio exterior y de aquellos impuestos con asignación específica vigentes en 1988- debía distribuirse de la siguiente manera: el 42.3% a la Nación; el 54.7% al conjunto de las provincias; el 2% para el recupero del nivel relativo de las provincias de Buenos Aires, Chubut, Neuquén y Santa Cruz, y el 1% restante formaría el Fondo de Aportes del Tesoro Nacional a las provincias, administrado por el Ministerio del Interior.¹¹

Cuadro 6
EVOLUCIÓN DE LOS COEFICIENTES DE DISTRIBUCIÓN PRIMARIA
SISTEMA DE LA LEY 12,143 Y 12,147 (Y MODIFICATORIAS) HASTA 1973,
Y RÉGIMEN FEDERAL DE COPARTICIPACIÓN DESDE ENTONCES

Leyes	Período	Nación (%)	Provincias y MCBA(%)
12,143 y 12,147	1935-1946	82.5	17.5
12,956	1947-1958	79.0	21.0
14,788	1959	66.0	34.0
	1960	64.0	36.0
	1961	62.0	38.0
	1962	60.0	40.0
	1963	58.0	42.0
	1964-1966	54.0	46.0
	1967	59.2	40.8
	1968-1972	61.9	38.1
20 221	1973-1980	46.7	53.3(a)
	1981-1984(d)	48.5	51.5(b)
23 548	1988	42.3	57.7(c)

Fuente: Cetrángolo y Jiménez (1995)

NOTAS : (a) Incluye 1.8% destinado a la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (MCBA) financiado por la Nación y Fondo de Desarrollo Regional (FDR); (b) Incluye FDR; (c) Incluye ATN; (d) Los fondos a coparticipar sufrieron una detracción con destino a la seguridad social.

El consenso logrado para la aprobación de esta norma resultó muy frágil. Desde 1988 las relaciones entre la Nación y las provincias distaron de ser armónicas en este aspecto. Primero, la experiencia hiperinflacionaria de 1989 y 1990 deterioró fuertemente los recursos tributarios, erosionando fundamentalmente aquellos que se coparticipaban. A partir de 1991, la estabilidad de precios y el crecimiento de la actividad, sumado al nuevo diseño tributario basado en el IVA y las ganancias (ambos coparticipables), generaron un aumento en las transferencias a las provincias. No obstante, esto no permitió alcanzar un esquema de distribución estable. Por el contrario, trajo como consecuencia una fuerte presión sobre los recursos coparticipables desde distintas jurisdicciones del sector público; en especial, se destaca la creciente necesidad de fondos para el sistema previsional.

Las diversas modificaciones que sufrieron los recursos coparticipables, incidiendo sobre las transferencias a las provincias, debe entenderse en este marco. Los cambios afectaron el esquema de transferencias regulado por la ley 23,548, configurando un mecanismo crecientemente complejo. Entre las modificaciones realizadas sobresalen aquellas

que recayeron sobre el IVA y el impuesto a las ganancias (afectando una parte de lo producido a diversas asignaciones específicas), y los dos "pactos fiscales" (que determinaron, en esencia, el desvío del 15% de la recaudación coparticipada al financiamiento del Sistema Nacional de Previsión Social). Todas estas modificaciones han tenido una importante complejización de las relaciones entre la Nación y las provincias, significando para estas últimas un alto costo en términos financieros. Precisamente, la última transferencia de hospitales a los gobiernos provinciales y a la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires debe ser entendida como parte de este proceso.

3. Equidad y federalismo fiscal

Habiendo presentado las características de la evolución y estado actual de las relaciones financieras entre los gobiernos nacional y provinciales, y antes de pasar al análisis específico de la problemática vinculada con el sector de la salud, cabe efectuar algunas reflexiones acerca del impacto sobre la equidad de los mecanismos de distribución de recursos.

En primer lugar, la historia argentina en la materia contiene numerosos ejemplos sobre cómo el poder de negociación de los diferentes niveles de gobierno ha sido más importante que cualquier otro argumento en la determinación de las fórmulas de reparto de recursos tributarios y, cómo se verá más adelante, en la distribución de funciones. En segundo lugar, con relación al régimen de Coparticipación Federal de Impuestos, no existen criterios explícitos que regulen el reparto de fondos entre la Nación y el conjunto de provincias (coeficientes primarios), ni entre éstas (coeficientes secundarios). Si bien desde 1935 hasta 1973 las diferentes leyes de coparticipación mostraron una creciente importancia de los prorrateadores con criterios redistributivos en detrimento de los devolutivos, la ley vigente desde 1988 establece coeficientes fijos y discrecionales (el cuadro 7). Se debe hacer notar que en la definición de los coeficientes hoy vigentes han tenido una gran influencia los que regían con anterioridad, razón por la cual se mantiene un fuerte componente redistributivo desde las provincias más desarrolladas a las restantes.¹²

En tercer lugar, analizando los demás mecanismos de transferencia financiera desde la Nación a las provincias, algunos recursos se redistribuyen de acuerdo con cierto criterio de "beneficio" y otros tratan de mejorar cuestiones de equidad distributiva. El primer caso pertenece a los fondos que financian la inversión en infraestructura provincial y que se distribuyen de acuerdo con indicadores específicos de cada uno de los sectores (ejemplo, la distribución del impuesto a los combustibles con destino al Fondo Especial para el Desarrollo Eléctrico del Interior y a obras de vialidad en las provincias). En el segundo caso, solo una pequeña porción de las transferencias se distribuye de acuerdo con criterios explícitos de atención a problemas sociales. En estos se encuentra el Fondo Nacional de la Vivienda, el Fondo de Financiamiento Educativo, la distribución del 4% del impuesto a las ganancias según el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el Fondo del Conurbano Bonaerense y la seguridad social provincial. Todos estos destinos, durante 1995, representaron menos del 14% del total de transferencias, y, si se excluyen los últimos dos destinos, con un impacto social menos explícito, esa proporción se reduce al 7.9%.

Finalmente, más importante para este análisis es señalar que no existe ningún fondo que se distribuya de acuerdo con algún indicador que corresponda al sector de la salud, siendo ésta la única de las funciones sociales principales que no cuenta con una asignación específica de fondos transferidos.

Cuadro 7
CRITERIOS UTILIZADOS PARA LA DEFINICIÓN DE COEFICIENTES
SECUNDARIOS EN LAS DIFERENTES LEYES DE COPARTICIPACIÓN

Ley (año)	Criterio
12,139 (1934)	<ul style="list-style-type: none"> • Recaudación en cada jurisdicción del impuesto a coparticipar. • Población.
12,143 (1935)	<ul style="list-style-type: none"> • Población • Monto de gastos provinciales • Recursos totales provinciales • Recaudación en cada jurisdicción del impuesto a coparticipar.
12,147 (1935)	<ul style="list-style-type: none"> • Población • Monto de gastos provinciales • Recursos totales provinciales • Recaudación en cada jurisdicción del impuesto a coparticipar.
12,956 (1947)	<ul style="list-style-type: none"> • Población • Gastos provinciales presupuestados • Recursos totales provinciales. • Recaudación en cada jurisdicción del impuesto a coparticipar. • Inversa de la población
14,060 (1951)	<ul style="list-style-type: none"> • Recaudación en cada jurisdicción del impuesto a coparticipar
14,390 (1954)	<ul style="list-style-type: none"> • Población • Producción en cada jurisdicción de artículos gravados • Inversa a la coparticipación por habitante
14,788 (1959)	<ul style="list-style-type: none"> • Población • Recursos percibidos • Gastos realizados • Por partes iguales
20,221 (1973)	<ul style="list-style-type: none"> • Población • Brecha de desarrollo per cápita: <ul style="list-style-type: none"> • Calidad de la vivienda • Nivel de educación • Automóviles por habitante. • Densidad de población

Fuente: Cetrángolo y Jiménez (1996b).

En suma, la historia argentina en materia de federalismo fiscal ha presentado, particularmente en las últimas décadas, un elevado grado de conflicto entre los diferentes niveles de gobierno. Las disputas, que generalmente se intentaron resolver en el campo del reparto de los recursos tributarios recaudados por la Nación, tuvieron derivaciones sobre la distribución de facultades en materia de gasto social entre los diferentes estamentos jurisdiccionales. En especial se ha afectado la organización de la provisión pública de educación y salud. En el capítulo siguiente examinaremos, en particular, el caso de la salud pública.

III. DESCENTRALIZACIÓN Y SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA

1. Aspectos institucionales y políticos

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda realizado en 1991 la población total argentina era de 32,615,528 habitantes, de los cuales el 85% vive en áreas urbanas (casi la mitad en la capital federal y la provincia de Buenos Aires). En el cuadro 8, que presenta la distribución de esa población por jurisdicción, se puede observar que la Capital Federal concentra casi 15,000 habitantes por kilómetro cuadrado mientras que en la Provincia de Santa Cruz la densidad poblacional es menor a la unidad (el promedio del país es de 11.7 hab/km²). El 46% de la población tiene menos de 25 años; el 40.8% tiene entre 25 y 59 años, y el 13.1 % restante tiene 60 años o más. La población económicamente activa es de 12.2 millones de personas, de los cuales están ocupados en el sector terciario el 54.2%, en el sector agropecuario el 13.2%, en la construcción el 10.9% y en la industria el 21.7%. Este último sector genera alrededor de la cuarta parte del PIB a costo de factores. La tasa de desempleo fue (en abril 1996) del 18.0% en el Gran Buenos Aires.

La información disponible hacia fines de los ochenta daba cuenta de deficiencias en materia de servicios de saneamiento. Solo el 67% de la población urbana y el 43% de la rural tiene acceso a servicios públicos de agua potable. El promedio de cobertura de la red de alcantarillado para la población urbana era del 39% y casi el 90% de la población tenía algún sistema de disposición de excretas. Por su parte, en 1991 la tasa de analfabetismo era del 3.5%.

La tasa de natalidad promedio es de 19.8 por cada 1,000 habitantes (13.2 por mil en la Capital Federal y 29.5 en Misiones). Por su parte, la tasa de mortalidad infantil cayó de 33.2 a 22.9 por cada 1,000 habitantes nacidos vivos, y la mortalidad general de 8.6 a 7.9. Como consecuencia de ello, la esperanza de vida de las mujeres pasó de 72.1 a 75.6 años y la de los hombres aumentó de 65.4 a 68.4 años. El promedio se encuentra en 71.9 años. En el cuadro 8 se presenta la información por jurisdicción.

En el año 1990 las tasas de mortalidad específicas por grupos de edad fueron 1.1 por 1 000 habitantes para el grupo de 1 a 4 años; 0.3 para el de 5 a 14 años; 1.8 para el de 15 a 49 años; 11.5 para el de 50 a 64 años, y 54 para el de 65 años o más. En la década de los ochenta crecieron en importancia las defunciones causadas por enfermedades del corazón, tumores malignos y enfermedad cerebrovascular. En el cuadro 9 se presentan las principales cinco causas de defunción para cada grupos de edad.

Cuadro 8
INDICADORES DEMOGRAFICOS Y SANITARIOS SELECCIONADOS

Jurisdicción	Población (habit.)	Densidad poblac. (Hab./Km2)	PIB per cápita (\$)	Hogares con NBI (% del total)	Esperanza de vida al nacer (años)		Tasa de natalidad (%)	Tasa mortalidad (%)		
					Total	Varones		Mujeres	Total	Nacidos vivos
Total país	32,615,528	1.7	8,083	16.5	71.9	68.4	75.6	19.8	7.9	22.9
Capital Federal	2,965,403	14,827.0	21,561	7.0	72.7	69.2	76.5	13.2	12.4	14.6
Buenos Aires	12,594,974	40.9	7,671	14.7	72.1	68.5	75.8	16.7	8.1	22.3
Catamarca	264,234	2.6	7,095	24.6	70.6	67.4	74.0	26.0	4.8	23.1
Córdoba	2,766,683	16.7	6,964	12.8	72.8	69.2	76.6	19.3	8.3	20.8
Corrientes	795,594	9.0	4,621	26.9	70.1	67.2	73.2	25.6	7.0	26.9
Chaco	839,677	8.4	3,294	33.2	69.0	65.6	72.6	26.7	6.6	34.3
Chubut	357,189	1.6	9,576	19.4	70.6	67.3	74.0	22.1	4.9	18.0
Entre Ríos	1,020,257	13.0	5,362	17.2	71.6	68.1	75.3	22.3	7.4	22.7
Formosa	398,413	5.5	2,955	34.3	69.4	66.3	72.6	28.2	5.4	27.9
Jujuy	512,329	9.6	4,100	33.6	68.4	65.2	71.7	25.5	5.8	26.7
La Pampa	259,996	1.8	7,962	12.0	71.6	68.2	75.2	20.6	7.3	17.9
La Rioja	220,729	2.5	5,675	23.6	70.4	67.0	73.9	28.3	6.5	24.1
Mendoza	1,412,481	9.5	6,481	15.3	72.7	69.8	75.8	22.2	6.7	20.5
Misiones	788,915	26.5	4,482	30.0	69.5	66.5	72.7	29.5	5.7	29.8
Neuquén	388,833	4.1	12,477	19.1	71.4	68.3	74.7	23.8	3.7	16.2
Río Negro	506,772	2.5	7,282	20.7	70.9	67.5	74.4	23.0	4.7	21.4
Salta	866,153	5.6	3,960	33.9	68.9	66.1	71.8	27.4	5.5	27.7
San Juan	528,715	5.9	5,164	17.2	71.1	68.1	74.3	24.9	6.7	21.3
San Luis	286,458	3.7	10,771	18.7	70.8	67.6	74.1	23.5	6.9	26.2
Santa Cruz	159,839	0.7	12,406	15.2	70.4	67.1	73.9	23.5	4.8	18.5
Santa Fe	2,798,422	21	6,918	14.0	72.3	68.5	76.3	18.5	8.7	19.8
Sgo. del Estero	671,988	4.9	2,690	33.6	69.8	67.1	72.7	24.9	6.0	28.9
T.del Fuego	69,369	3.2	70,573	25.5	70.2	66.9	73.6	27.8	2.8	15.2
Tucumán	1,142,105	50.7	1,918	24.6	71.0	68.1	74.1	22.9	6.7	27.1

FUENTE: Elaborado en base a datos del INDEC.

NOTAS: La información de población, densidad poblacional y hogares con NBI corresponden a datos censales del año 1991; el PIB per cápita a 1995; la esperanza de vida al nacer se refieren al período 1990-1992, y las tasas de natalidad y mortalidad a 1993.

Cuadro 9
CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN POR
GRUPOS DE EDAD. 1990.
(en porcentajes)

Causas	Edades (en años)						
	<1	1-4	5-14	15-49	50-64	>65	Total
Enf. corazón	4.1	--	7.6	18.7	29.7	38.0	31.4
Tumores malignos	--	--	12.7	18.8	27.7	17.0	17.9
Enf. cerebrovasc.	--	--	--	7.4	10.7	11.7	10.1
Accidentes	3.8	20.3	31.8	14.1	3.3	--	4.1
Aterosclerosis	--	--	--	--	--	4.4	--
Af. per. prenatal	49.6	--	--	--	--	--	3.3
Anom. congénitas	14.6	7.8	4.9	--	--	--	--
Neumonía e infl.	3.9	7.5	3.8	--	--	3.0	--
Enf. inf. intest.	--	6.6	--	--	--	--	--
Def. nutrición	--	7.2	--	--	--	--	--
Cirrosis hepática	--	--	--	--	2.7	--	--
Homicidios	--	--	--	4.1	--	--	--

FUENTE: OISS (1994), Vol. II, p. 28 y 29.

2. Panorama general del sistema de salud. Organización institucional del sector público en el campo de la salud

Como en muchos países de la región, la provisión de salud en la Argentina se organiza en tres subsectores: público, seguridad social y privado. Sin duda, la excesiva fragmentación de las instituciones que lo componen es su rasgo distintivo, su falta de coordinación y articulación impide la conformación de un "sistema" de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. No solo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores -público, seguridad social, privado-, sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación. El sector público aporta a este cuadro general su división según jurisdicciones -nacional, provincial y municipal-, niveles entre los cuales, como se sostiene en este documento, no existe el grado necesario de coordinación. El sector de la seguridad social se compone de un gran número de instituciones sumamente heterogéneas en cuanto a tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado

y modalidad de operación. El sector privado, por último, también incluye organizaciones y servicios de características muy diversas.

El Ministerio de Salud y Acción Social es la máxima autoridad nacional en materia de salud, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales. Dentro de este Ministerio las competencias específicas de la Secretaría de Salud se relacionan con la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo, estando la adhesión a los mismos condicionada a las coincidencias en el plano político más general. A su vez, los municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios de su órbita. En el cuadro 10 se ofrece información disponible sobre infraestructura y servicios de salud en los establecimientos oficiales situados en cada jurisdicción del país.¹³

En el ámbito del gobierno nacional, también funciona la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), dependiente de la Secretaría de Salud de la Nación, que está encargada de regular el funcionamiento de las obras sociales (que, como se verá posteriormente, están sustentadas con cargas sobre la nómina salarial y, mayoritariamente, administradas por los sindicatos). La Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), por su parte, administra un fondo de redistribución de recursos entre instituciones, que se constituye con el 10% de los recursos de las diferentes obras sociales (en el caso de obras sociales correspondientes al personal de dirección ese porcentaje se eleva a 15). Cuenta con facultades para promover el desarrollo de las prestaciones médico asistenciales, conducir y controlar el sistema y coordinar, entregar y supervisar las actividades de los entes de obra social, con competencia específica para la aplicación de sanciones. De acuerdo con la legislación vigente, la conducción de la ANSSAL es colegiada, con mayoría de representantes del Estado. No obstante, en la práctica, la conducción ha sido generalmente ejercida por una intervención del gobierno nacional.

Si bien no es posible contar con información fidedigna sobre la magnitud y estructura del gasto en salud del país, la Secretaría de Programación Económica ha estimado que para el año 1991 el gasto total habría alcanzado 7.2% del PIB (alrededor de 13 mil millones de dólares). El mismo estaría compuesto por un 0.17% del PIB a cargo del presupuesto nacional; 1.02% del PIB de los presupuestos provinciales, y se estimó un 0.2% del PIB a cargo de los municipios; en consecuencia, el gasto público en salud habría alcanzado un monto equivalente al 1.4% del PIB. A partir de información de recaudación de impuestos sobre la nómina salarial se estimó que el gasto de las obras sociales habría sido del 2.4% del PIB; finalmente, también se estimó que las familias habrían realizado gastos de bolsillo por el equivalente a 3.4% del PIB,¹⁴ lo estaría marcando la importancia económica de la actividad privada en el sector.

El reducido monto de gasto público nacional en salud ilustra acerca del débil vínculo de apoyo a las provincias mediante los programas asistidos desde el nivel nacional. Estos

no son determinantes del curso de las políticas provinciales, ni cuenta el Estado Nacional con capacidad técnica y económica para ejercer la supervisión del destino de dichos fondos. En el Presupuesto de la Administración Nacional para el año 1997 el gasto en salud (exceptuando el Instituto de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados, financiado fundamentalmente con cargas sobre la nómina salarial de los trabajadores activos) se proyecta en solo el 2.9% del total de erogaciones. Ese gasto (menos de 1,250 millones de pesos) incluye los pocos programas que aun quedan en manos del gobierno central, en especial: acciones de investigación, control y promoción de la atención materno infantil; apoyo a la infraestructura de algunos hospitales provinciales; y financiamiento de trasplantes.

Cuadro 10
INFRAESTRUCTURA, CONSULTAS Y ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS
EN EL SECTOR OFICIAL. AÑO 1993

Jurisdicción	Camas disponibles			Consultas médicas			Egresos hospitalarios		
	Total	%	por mil habit.	Total	%	por habit.	Total pacientes	%	por mil habit.
Total del país	76,969	100.0	2.29	56,110,786	100.0	1.67	1,759,461	100.0	52.44
Capital Federal	9,006	11.7	2.97	6,478,707	11.5	2.14	170,447	9.7	56.29
Buenos Aires	23,629	30.7	1.77	19,921,512	35.5	1.49	554,288	31.5	41.43
Catamarca	785	1.0	2.71	391,993	0.7	1.36	15,347	0.9	53.06
Córdoba	8,866	11.5	3.03	3,750,626	6.7	1.28	110,135	6.3	37.59
Corrientes	2,038	2.6	2.38	1,152,814	2.1	1.34	55,929	3.2	65.21
Chaco	1,858	2.4	2.07	1,677,919	3.0	1.87	63,942	3.6	71.37
Chubut	898	1.2	2.25	608,907	1.1	1.53	22,767	1.3	57.04
Entre Ríos	4,591	6.0	4.29	1,915,132	3.4	1.79	77,900	4.4	72.86
Formosa	1,024	1.3	2.29	667,397	1.2	1.49	30,002	1.7	67.10
Jujuy	1,802	2.3	3.25	1,115,028	2.0	2.01	46,767	2.7	84.25
La Pampa	836	1.1	2.96	855,495	1.5	3.03	18,608	1.1	66.16
La Rioja	589	0.8	2.38	302,338	0.5	1.22	15,004	0.9	60.60
Mendoza	2,550	3.3	1.69	2,573,156	4.6	1.71	78,651	4.5	52.12
Misiones	1,454	1.9	1.64	1,311,160	2.3	1.48	67,422	3.8	76.24
Neuquén	904	1.2	1.95	1,242,528	2.2	2.68	34,058	1.9	73.52
Río Negro	1,274	1.7	2.28	1,066,141	1.9	1.91	41,052	2.3	73.36
Salta	2,318	3.0	2.42	1,495,715	2.7	1.56	56,480	3.2	58.95
San Juan	1,106	1.4	1.99	960,261	1.7	1.73	36,373	2.1	65.51
San Luis	692	0.9	2.15	596,580	1.1	1.85	20,132	1.1	62.54
Santa Cruz	421	0.5	2.32	311,000	0.6	1.72	9,700	0.6	53.53
Santa Fe	6,530	8.5	2.21	4,634,345	8.3	1.57	135,309	7.7	45.88
Sgo. del Estero	1,474	1.9	2.11	496,023	0.9	0.71	35,268	2.0	50.37
Tierra del Fuego	164	0.2	1.82	375,163	0.7	4.17	6,516	0.4	72.41
Tucumán	2,160	2.8	1.78	2,210,846	3.9	1.82	57,292	3.3	47.09

Fuente: INDEC op. cit., sobre la base de información del Ministerio de Salud y Acción Social.

Nota: Por egresos hospitalarios se entiende las altas de enfermos internados.

Dada la estructura federal del país, las provincias, al no haber delegado en el poder central estas atribuciones, conservan autonomía para la definición de las políticas de su jurisdicción en la materia, la ejecución de programas y el funcionamiento de los establecimientos a su cargo. En consecuencia, ejercen el control de los diversos subsectores que llevan a cabo acciones de salud en sus territorios. Ello involucra, entre otros, el diseño autónomo de políticas y la legislación relacionada con los programas de lucha contra las enfermedades, campañas preventivas, el ejercicio profesional, mecanismos de acreditación y habilitación de efectores, educación sanitaria, programas materno infantiles y de nutrición, control de alimentos y saneamiento ambiental. No obstante, la autonomía provincial en la conducción del sector en cada territorio encuentra su límite en la incapacidad para ejercer su influencia sobre el subsector de las obras sociales nacionales.

Si bien este documento tiene por objeto el análisis del proceso de descentralización fiscal en la salud, es necesario marcar que los cambios en las condiciones de la oferta de atención médica por parte del sector público deben ser analizados en un contexto de profundas modificaciones en el funcionamiento de los diferentes subsectores de la salud en la Argentina. Resulta necesario, en definitiva, considerar que tanto el subsistema de obras sociales como el privado están sujetos a procesos de cambio de significación tanto en sus formas de funcionamiento como en su estructura organizacional. Con distintas variantes y especificidades, estas organizaciones están relacionadas con el subsistema público a través de los mecanismos de financiamiento y subcontratación, que terminan operando como caja de resonancia del sistema en su conjunto. Desde esa óptica, los procesos de descentralización del sector estatal tienen múltiples efectos y se encuentran sometidos a variadas presiones, ya que alteran el funcionamiento y la estructura del resto de los componentes de la oferta sanitaria.

3. Cambios en el modelo prestacional de salud

La presente sección intentará avanzar en la dirección antes señalada, mediante la introducción de los elementos centrales de la metamorfosis que se está operando en los diferentes subsectores de la salud. La reseña de las últimas modificaciones en el funcionamiento de los subsectores privado y de obras sociales, que se ofrece a continuación, servirá como introducción al posterior análisis de la descentralización provincial, tanto a nivel fiscal como microeconómico.

a) El "revival" del sector privado. Nuevos agentes prestacionales y formas de organización.

En el marco de una reforma del Estado de corte más general, a lo largo de los últimos años se ha producido un cambio sustantivo en la concepción de la salud. Lentamente se ha ido conformando un criterio general donde -por acción u omisión- la salud es considerada, nuevamente, un tema de incumbencia mayoritariamente individual. El replanteo del criterio

de equidad subyacente y, en consecuencia, del papel del Estado -articulado sobre los temas de calidad y autogestión del hospital público- tiene como marco de referencia algunos aspectos nuevos en el sector prestacional privado y en el reacomodamiento -inconcluso- del sistema de obras sociales.

El sector privado, que parcialmente había tenido su consolidación como prestador del sistema de obras sociales, ha evidenciado en los últimos años un rápido crecimiento. El fenómeno se debe a diversas razones, que van desde una respuesta al marco regulatorio del sector público hasta las deficiencias del sistema prestacional público y paraestatal. No solo se trató de un mecanismo de ampliación prestacional del sistema privado sino que varió también su forma de organización y otros aspectos sustantivos. Veamos algunas de las características de este proceso.

Inicialmente se produjo un desarrollo acelerado del sistema de prepagos privados. Se trata de organizaciones que -con un escaso control de la autoridad sanitaria- brindan un conjunto de prestaciones -contenidas en los diversos planes- contra el pago de una cuota. Si bien en la mayoría de los casos tienen sus orígenes en iniciativas médicas individuales, pronto alcanzaron entidad suficiente como para transformarse en negocios de magnitud. Como fruto de su dinámica de funcionamiento -la diferenciación de producto, la segmentación de la demanda privada, su direccionamiento a sectores no satisfechos por los restantes sistemas- tendieron a incorporar aparatología y prestaciones de cierta sofisticación, a la vez que ampliaron su capacidad operativa desde inicios de los años ochenta. En muchos casos, estos emprendimientos complementaron sus actividades -ante cierta saturación de mercado- articulándose con las obras sociales incluida la correspondiente a la población pasiva (PAMI). De esta manera, su comportamiento se ha ido vinculando de manera indisoluble a los vaivenes del mecanismo de financiación que opera en el sector público y de las obras sociales.

Más tarde, estas organizaciones comenzaron a diferenciarse nítidamente de los esquemas prestacionales privados establecidos en torno a la clínica individual, basada en el prestigio médico (típico de los años sesenta). Paulatinamente se convirtieron en organizaciones pensadas desde la lógica comercial, con profesionalización a nivel de dirección, que encuentran parte de su sustento en una mezcla -variable según los casos- de excelencia en determinadas áreas, eficiencia, imagen y "marketing".

Adicionalmente, cabe señalar que si bien inicialmente aparecieron con un fuerte nivel de integración prestacional -concentrando gran cantidad de actividades al interior del establecimiento- con el consiguiente peso de las inversiones en activos fijos, existe un posterior proceso de desverticalización. En algunos casos este proceso marca la aparición de prestadores que comienzan a operar como redes. Se trata de organizaciones cuyo núcleo consiste en una nula o escasa capacidad prestacional instalada que, por un lado, captan demandas a través de cápitas mensuales y, por otro, subcontratan "paquetes" o servicios puntuales de prestación.¹⁵ Son a la vez oferentes de múltiples planes de salud y demandantes de subcontratos (públicos y privados).

Finalmente, los cambios operados en las condiciones económicas internas e internacionales favorecieron la aparición de capitales externos que ingresaron al campo de la salud privada. Durante los últimos años, y en el marco de crisis y cierta saturación de mercado de las prepagas privadas, varias de las principales compañías privadas nacionales fueron vendidas a empresas norteamericanas, suizas o de otros países latinoamericanos. Más allá de las características de cada operación, este hecho introduce una lógica más comercial aún, pero ahora con las tecnologías y formas de organización de las grandes compañías internacionales de salud.

b) La reestructuración del sistema de obras sociales.

De manera simultánea con la expansión y re-estructuración del sector privado, desde los años ochenta el sistema de obras sociales ha sido objeto de especial atención en los diferentes intentos de reforma al sistema de salud. El funcionamiento de este subsector está caracterizado por el aporte obligatorio de los afiliados a los fondos manejados, en gran parte, por los sindicatos; la prestación de servicios de manera exclusiva a los afiliados (titulares y familiares), y una elevada autonomía funcional (no dependiendo de mayores controles tanto de autoridades sanitarias como económicas).

El desarrollo del sistema fue posible de imperfecciones y fortalezas. Por un lado, permitió -especialmente entre 1960 y mediados de los años setenta- una fuerte expansión prestacional y una amplia cobertura sanitaria (que en gran medida reemplazó al sector estatal). Por otro, al operar sin mayores mecanismos de control efectivo, fue generando inequidades entre usuarios (obras sociales ricas versus otras pobres), mala asignación interna de recursos y, desde una perspectiva más amplia, la imposibilidad de articularse en un sistema tanto con otros componentes del sistema de obras sociales como con los restantes estamentos públicos y privados.

No puede desconocerse que cualquier programa de reformas a este subsector generará situaciones de conflicto cuyo análisis excede el ámbito exclusivo del mercado de la salud. En efecto, la estrecha relación entre las obras sociales y el movimiento sindical explica buena parte del impacto político de las reformas. A su vez, estos problemas se agudizan a medida que operan procesos de desfinanciamiento por efecto de la reconversión económica general. En ese sentido, la reducción de la masa salarial (por caídas en el empleo y en los niveles salariales) y la mayor informalidad en el empleo, además de tener un impacto directo sobre la seguridad social, afectan indirectamente al sector privado -en muchos casos relacionado con la seguridad social como subcontratistas- y al sector público -no solo como prestador de algunas actividades sino también por el transvasamiento de pacientes que quedan excluidos del sistema de obras sociales.

En definitiva, entre los diferentes aspectos de esta problemática aún no resuelta, se pueden resaltar: i) el sistema de centralización y reparto -primario y secundario- de los fondos captados por las obras sociales, como la obligatoriedad de los aportes al sistema sindical; ii) el mecanismo de competencia -entre obras sociales y entre estas y los prepagos privados- resultante de la reforma del sistema; iii) las eventuales inequidades relacionadas

con el tamaño diferencial de las obras sociales; iv) el destino final de la capacidad instalada del sector obras sociales (que abre un amplio campo de relaciones contractuales con el sector prepago privado y en menor medida el público); v) cierto control sobre el conjunto mínimo de eventuales prestaciones ante el establecimiento de mecanismos de mercado en este sector prestador.

Por último, cabe recordar que el estudio del funcionamiento presente y de las futuras reformas en el subsector de obras sociales queda fuera de los alcances y objetivos del presente documento. Sin embargo, antes de pasar a la revisión del proceso de descentralización del gasto público en salud, resulta necesario señalar que la organización centralizada de este componente tan definitorio de la organización de la salud en la Argentina, pone un límite significativo a los procesos de descentralización y llama una vez más la atención sobre las dificultades de coordinación que presenta el sector.

4. Etapas del proceso de descentralización del gasto público en salud

Una vez delineadas las características centrales que presenta la organización actual del sistema de salud en la Argentina, a continuación se revisarán los aspectos centrales de su evolución reciente de esa organización enfatizando aquellos que definen el desarrollo de las políticas de descentralización del gasto en salud. Como se verá, la historia política y, en especial, el análisis de las peculiares motivaciones y alternativas que ha seguido la organización federal de la provisión de salud en la Argentina, sumado a la descripción del federalismo fiscal en el país, son los pilares centrales sobre los que se debe asentar el análisis de la descentralización del gasto público en salud, la que, sin duda, toma en cuenta los desarrollos de la teoría.¹⁶ Luego, las referencias a algunas experiencias específicas y su intento de clasificación completarán el estudio del tema. Esta presentación organiza los comentarios según las diferentes etapas: modelo descentralizado anárquico (hasta 1945); centralizado (desde aquel año hasta 1955); de descentralización de un sistema crecientemente desorganizado (desde 1955 hasta 1978), y de descentralización fiscal motivada por objetivos financieros de corto plazo (desde 1978).¹⁷

a) El modelo descentralizado anárquico (hasta 1945)

Desde los inicios de la institucionalización hasta los años cuarenta, el sistema sanitario argentino se conformaba por una amplia y diversa cantidad de instituciones que operaban, a grandes rasgos, como respuestas a demandas puntuales y de corto plazo; es decir, tenían un comportamiento reactivo frente a las necesidades específicas. La función del Estado era marcadamente subsidiaria y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria, y a la prestación asistencial. Ello se complementaba con la asistencia frente a contingencias no previstas. El paradigma central consistía en que la salud era un hecho individual de responsabilidad privada. En este contexto, el conjunto de instituciones podía visualizarse como la sumatoria de esfuerzos individuales altamente fragmentados, sin

mayores grados de coordinación y con una baja capacidad de prevención y formulación de políticas a largo plazo.

b) *El modelo centralizado (1945-1955)*

Durante este período, la idea dominante fue que la salud era responsabilidad del Estado en el marco de una acción colectiva. La implementación de este tipo de visión implicó la expansión estatal de la cobertura sanitaria, impulsada desde el gobierno central.¹⁸ La instrumentación de este tipo de programa derivó en una fuerte dependencia del presupuesto central. Aunque seguían existiendo sistemas de coberturas mutualistas -ahora con fuerte predominio sindical dado el dinamismo y tipología del desarrollo industrial- no existía mayor separación entre prestadores y financiadores. En definitiva, pese a la autonomía de las provincias derivada del texto constitucional, durante este período el gobierno nacional emprendió un ambicioso plan de obras públicas en todo el territorio de la nación.¹⁹

c) *La descentralización de un sistema desarticulado (1955-1978)*

Luego del derrocamiento de Perón (en 1955), el gobierno de la denominada Revolución Libertadora inició una serie de reformas tendientes a la transferencia a provincias y municipios de las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos públicos en manos del gobierno nacional, muchos de los cuales habían sido construidos durante el período anterior. El modelo giraba en torno a la "provincialización" de la capacidad instalada que poseía el gobierno central. En teoría, la conformación de un esquema integrado correría por parte del gobierno central con base en planes globales de salud que engarzarían las acciones provinciales. La formalización de esta metodología se concreta a inicios de los años setenta a través de la creación del Comité Federal de Salud y del Consejo Federal de Salud.²⁰

Esta descentralización financiera desde la Nación hacia las provincias no fue completa (dado que quedaron capacidades prestacionales en manos de la Nación) ni se continuó, en la mayor parte de los casos, en una instancia posterior de descentralización microeconómica. En los años setenta, varias provincias replicaron los esquemas centralizados que heredaron de la nación.

Sin embargo, como se vio anteriormente, el análisis del proceso de descentralización resultaría incompleto si se realizara atendiendo de manera exclusiva a las acciones en el campo hospitalario público. A lo largo de este período, el tema descentralización Nación-provincias, quedó relegado por la consolidación de las Obras Sociales como eje del sistema prestacional. El crecimiento de esta forma de prestación de salud bajo la administración de los sindicatos redujo la importancia del sector público en su totalidad y con ello relativizó la importancia de las políticas de descentralización fiscal. Teniendo como sustento legal la obligatoriedad de las cargas sobre la nómina salarial a las obras sociales controladas por los sindicatos de cada una de las correspondientes ramas de actividad, este nuevo polo prestacional -ubicado en un espacio intermedio entre lo público y lo privado- devino en una suerte de descentralización *sui generis* del sistema de salud. Cada sindicato desarrolló o

subcontrató su esquema prestacional circunscrito a las necesidades de sus afiliados. Este desarrollo se verificó en el marco de un escaso poder de reglamentación y coordinación de las autoridades sanitarias nacionales²¹ y provinciales.

Con estos componentes, el eje del problema gasto-eficiencia en salud tendió a desplazarse desde la cuestión descentralización Nación-provincias hacia las formas de articulación entre los diversos componentes de un sistema que, estructuralmente, contenía mecanismos que los llevaban a la fragmentación y el descontrol. Poco se avanzó en la armonización del sistema y solamente unos pocos casos provinciales lograron una mínima instrumentación de la idea de coordinación entre prestadores de obras sociales, los hospitales provinciales y nacionales en pro de un sistema integrado.²²

d) *La descentralización orientada por las relaciones financieras entre la Nación y las provincias (a partir de 1978)*

En el marco de una declinación de la participación pública en el área de salud, la segunda mitad de los años setenta marcó el reinicio de la tendencia a la descentralización fiscal de varios de los hospitales que aún dependían de la Nación. Por Ley 21,883²³ se aprobaron los convenios suscritos entre el Ministerio de Bienestar Social de la Nación con la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán mediante los que se transfirieron 65 hospitales desde la Nación a esas jurisdicciones.

Este proceso se caracteriza por dos rasgos básicos. Por un lado, los gobiernos provinciales que firmaron los acuerdos con la Nación eran meros delegados del Poder Ejecutivo Nacional (PEN) durante un período de gobiernos *de facto*. En segundo lugar, en ningún caso se estableció la fuente del financiamiento que cubriera las erogaciones provenientes de los hospitales transferidos. Como fuera analizado en Carciofi y otros (1996) la transferencia de servicios sociales realizada en ese entonces obedeció a motivaciones fiscales y no a razones de política sectorial. En momentos en que los recursos tributarios provinciales presentaban una sustancial recuperación, el gobierno nacional presionó a las provincias para que emprendieran un ajuste fiscal adicional haciéndose cargo de mayores funciones sin recibir nuevos recursos. Como se dijo, la transferencia de hospitales y establecimientos educativos no fue acompañada por ningún mecanismo de compensación financiera ni de ninguna iniciativa para mantener el control sobre la política sectorial. Desde 1983, una vez recuperada la democracia, éste sería uno de los argumentos esgrimidos por los gobiernos provinciales para fundamentar sus reclamos de una mayor participación en la distribución de recursos nacionales. Precisamente, cuando se discutió la redacción de una nueva ley de coparticipación, a fines de 1987, se decidió incrementar el porcentaje de la distribución primaria correspondiente a las provincias por una proporción equivalente al costo de los servicios transferidos en 1978.²⁴

A partir de ese perfil, la crisis global de los años ochenta afectó la dinámica de funcionamiento del sector prestacional. Además de la consabida escasez de inversiones nacionales en materia de salud, la caída en la masa salarial aportada a las obras sociales y

otros factores llevaron a generar tensiones al interior del sistema. Un elemento nuevo en ese escenario es la creciente preponderancia que va alcanzando el sector privado en algunos mercados específicos.²⁵

En 1986, a través de una resolución ministerial, se reactivó la descentralización microeconómica poniendo en vigencia una normativa de inicios de los años setenta. Se intentó brindar mayor independencia a los hospitales a fin de que pudieran articularse con el resto de los componentes del sistema de salud. La resolución comprendió a 20 establecimientos que en cuatro etapas fueron descentralizados administrativamente. Simultáneamente, se había comenzado a trabajar para lograr un marco normativo que ordenara la política de salud en el país. Con ese objeto se encaró la redacción y discusión de dos proyectos de ley que intentarían modificar sustancialmente el ordenamiento existente. Luego de tres años de trámite parlamentario, a fines de 1988 fueron sancionadas las leyes 23,660 -"de Obras Sociales"- y 23,661 -"de Seguro Nacional de Salud-". Con ésta última se pretendió mejorar la cobertura y equidad de la oferta de salud, organizándola dentro de una concepción integradora, y dejando en manos del Ministerio de Salud y Acción Social las políticas tendientes a articular y coordinar los servicios de salud de los diferentes subsistemas, asegurando de esta forma una cobertura universal. No obstante, su artículo 4 promueve la progresiva descentralización del Seguro Nacional de Salud, delegando las funciones, atribuciones y facultades de la Secretaría de Salud de la Nación y de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSES), creada por esta ley, a las jurisdicciones provinciales y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, mediante la firma de convenios.²⁶

A partir de los años noventa se retoma la política descentralizadora con la transferencia de 20 establecimientos hospitalarios que el estado nacional conservaba, especialmente en la Ciudad de Buenos Aires. En esta oportunidad, de manera similar a lo ocurrido en 1978, se observa el predominio de objetivos financieros por sobre los requerimientos de la política sectorial. En efecto, el artículo 25 de la Ley de Presupuesto de la Administración Nacional del ejercicio 1992 (ley 24,061²⁷) estableció la transferencia de los hospitales e institutos que dependían en ese entonces de la Nación y que estuviesen a cargo del Ministerio de Salud y Acción Social. En esa oportunidad se transfirieron también el Instituto del Menor y la Familia y otros programas sociales.²⁸ Los hospitales transferidos representaban un gasto de 110.7 millones de pesos de 1992 (17% del presupuesto de la Administración Nacional en salud) y empleaban aproximadamente un total de 9,200 agentes.

Debe destacarse que en el mensaje del Poder Ejecutivo que acompañó el proyecto de ley de presupuesto de 1992 se argumentó que esas transferencias se hacían como respuesta a la "mayor dotación de recursos financieros que se originan como efecto de la ley 23 548, por la que se dio un nuevo régimen de coparticipación federal y que significó un sacrificio en la participación del Gobierno Nacional".²⁹ Son claras las coincidencias entre esta descentralización y la realizada en 1978, atendiendo a la motivación central de la política de reforma -consistente en la modificación de la relación financiera entre la Nación y las provincias- y la inexistencia de consideraciones relativas a la mejor y más

equitativa prestación de los servicios públicos de salud. Sin embargo, es necesario marcar una diferencia entre ambos procesos, relacionada con el marco político institucional. En efecto, el episodio de fines de los setenta estuvo protagonizado por un gobierno nacional autoritario, no respetuoso del orden constitucional, y gobiernos provinciales delegados del poder central; en cambio, la descentralización más reciente se produjo con plena vigencia de los derechos constitucionales. Esto permitió un mayor poder de negociación de las autoridades provinciales que lograron de la Nación un compromiso de coparticipación mínima de impuestos.³⁰ No obstante, dado que ese monto no debe ser utilizado necesariamente en el sector, esta cláusula intenta mejorar la situación financiera de los gobiernos provinciales aunque no la equidad en el sistema de salud.³¹

A lo largo del proceso descrito, hay ciertos elementos característicos que deben ser señalados. El proceso de descentralización desde la Nación hacia las provincias no se replicó idénticamente desde éstas a los municipios.³² Por el contrario, en varios casos se tendió a generar sistemas provinciales -o regionales- con alto nivel de centralización (planteados ahora desde la esfera del presupuesto provincial). Obviamente, el resultado en términos de eficiencia tiende a dispersarse de acuerdo con la multiplicidad de situaciones provinciales. Nos referimos tanto a la diversidad en materia del funcionamiento del mercado de la salud en cada lugar como a la situación presupuestaria de cada estado provincial y las preferencias locales en materia de gasto social. Se debe señalar, entonces, que durante este último período se continuó la tendencia a la desorganización de la provisión de la salud, al no contar con políticas adecuadas para atender cuestiones de equidad en la provisión de los servicios.

Estas disparidades se replican a nivel microeconómico, donde existen múltiples experiencias de instituciones descentralizadas. Algunas, de cierta significación, son el resultado de las acciones desarrolladas en diversas provincias durante los años sesenta y setenta. También se encuentran los hospitales escuelas, que si bien son financiados por fondos públicos nacionales, dependen del sistema universitario (el cual es autónomo en sus decisiones). En este caso existen relaciones con los sistemas locales de prestación y avances en temas de descentralización que no necesariamente siguen la lógica y temporalidad de las experiencias nacionales y/o provinciales. Finalmente, la Nación ha creado algunos hospitales -caso Garrahan- dotados desde sus inicios de una estructura jurídica que permite su descentralización a nivel de unidad microeconómica.³³ Algunos de estos aspectos serán considerados en el capítulo siguiente.

En lo esencial, a lo largo de los años noventa se produjeron tres fenómenos de forma simultánea (todo ello en el marco de un proceso de reconversión productiva y social de vasto alcance) relacionados con la descentralización fiscal: i) la transferencia de los últimos hospitales nacionales a las provincias; ii) la reconfiguración de varios sistemas provinciales de salud, con casos de descentralización desde las provincias a los municipios; y, iii) el lanzamiento de cierta descentralización microeconómica -impulsada desde la Nación- a nivel de los hospitales bajo la figura del Hospital de Autogestión,³⁴ como contrapartida al acceso a algunos beneficios de corte económico (financiación extra).

La evaluación de estas experiencias debe incorporar los cambios que simultáneamente se encuentran en proceso de avance en los otros subsectores que conforman la oferta de la salud en la Argentina. Es posible detectar profundas modificaciones en la organización del segmento privado, y se encuentra en curso de ejecución un importante programa de reformas en las obras sociales. Las consideraciones a esos cambios, que fueron presentadas anteriormente, serán fundamentales llegado el momento de ensayar una interpretación de los impactos del proceso de descentralización en el área de la salud pública.

IV. DESCENTRALIZACIÓN PROVINCIAL Y ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

1. Introducción

Como se desprende de la descripción de la evolución del sistema de salud argentino, presentada en el capítulo anterior, la anarquía que caracterizó el proceso de descentralización de la salud pública no implica la inexistencia de gestión autónoma por parte de los gobiernos provinciales. Por el contrario, la ausencia de un ordenamiento global ha generado un importante margen de libertad en la determinación de los sistemas de salud en manos de cada jurisdicción. Como consecuencia de ello, a lo largo del territorio nacional se pueden identificar experiencias sumamente diversas, cuya introducción en el presente análisis muestra las faltas que el proceso presenta en materia de equidad.

Desde la óptica microeconómica, los grandes períodos de la evolución histórica de la organización sanitaria argentina tienen su correlato en particulares modalidades de gestión hospitalaria. En coincidencia con la primera de las etapas -aquella donde el estado tenía un rol subsidiario y el asistencialismo quedaba a cargo de entidades de bien público- el hospital se percibía como un lugar de aislamiento del enfermo. Se trataba de entidades, que si bien pertenecían al sector público, eran operadas por instituciones de beneficencia. Su organización y funcionamiento interno tenían un alto grado de autonomía. Ediliciamente, estaba conformado por pabellones de acuerdo con las especialidades a tratar; cada uno de ellos era dirigido por un especialista que le otorgaba alta autonomía funcional. Actuando a menudo como cátedra universitaria, la autonomía llegaba al punto tal que contaba con sus propios laboratorios, tenía sus sistemas de registro (e historias clínicas) y servicios auxiliares. El hospital se concebía como un espacio conformado por distintos pabellones, cada uno con alto grado de autonomía operativa y administrativa.

La centralización del sistema de salud, en el segundo período, se ha caracterizado por un esquema organizacional basado en una fuerte centralización de las actividades. Inicialmente el modelo contemplaba la unificación de los sistemas de registro, la contabilidad y la dirección; en esa lógica asume gran autoridad el Director del Hospital, vértice al cual converge todo el organigrama. Los procedimientos pasan a ser fuertemente uniformes e integrales tanto para todas las secciones de un hospital como para todos los hospitales en general. La "funcionarización" de los agentes (médicos, enfermeras, etc.) y su inclusión en un escalafón de personal dependiente (o relacionado íntimamente) con la administración central completan el esquema de centralización microeconómica.

Finalmente, a lo largo del proceso de descentralización -tercer y cuarto período- aparecen casos puntuales donde esta lógica tiende a revertirse. Teniendo en cuenta que cada jurisdicción provincial tiene la potestad de aplicar su propia legislación, el proceso no es uniforme, y deja al descubierto la falta de una concepción de "red de atención". La tendencia que se observa en los diferentes casos estudiados presenta algunos rasgos comunes que caracterizan la discusión sobre la definición futura de cada uno de ellos. Los ejes del debate se relacionan con: el control de la asignación interna del presupuesto provisto públicamente; el manejo de la política de recursos humanos; la posibilidad de captación de recursos adicionales y su uso irrestricto; las tensiones internas y el establecimiento de reglas de distribución de los ingresos adicionales; y, la dicotomía entre captación de recursos adicionales suplementarios y la reducción de los presupuestos públicos originales (esto incide sobre los criterios de equidad).

Una visión retrospectiva del *mapa* de situación de los hospitales desde el ángulo de la descentralización a nivel microeconómico indica que coexisten, con distintas intensidades, diversas tipologías de organizaciones. En los capítulos previos se intentó una explicación y análisis del proceso de descentralización visto desde la Nación. Sin embargo, un adecuado análisis de los resultados en términos de cambios en la eficiencia de cada sistema y su evaluación desde el punto de vista de la equidad en la provisión de salud pública, requiere la incorporación de la perspectiva provincial. Resulta claro que la complejidad de cada proceso de descentralización deriva en la existencia de 24 sistemas con significativas diferencias. Sin embargo, con el objeto de clarificar el análisis, se han agrupado las diferentes experiencias en cinco categorías. Para ello se tuvo en cuenta, fundamentalmente, el grado de autonomía hospitalaria, el nivel de integración de la red de salud y, finalmente, la articulación entre los diferentes subsectores, especialmente entre el público y privado. La definición de cada experiencia ha estado muy influida por las circunstancias en que se llevó adelante y por las respuestas que frente a la política de descentralización brindó cada gobierno provincial. En cada una de los grupos, intentaremos definir la particular articulación del hospital con su respectivo sistema provincial de salud. La característica dominante de cada uno de ellos es: i) la autonomía hospitalaria en el marco de un plan provincial de salud; ii) los hospitales autónomos con intentos de coordinación provincial; iii) los hospitales autónomos sin esquema provincial explícito; iv) los hospitales autónomos de jurisdicción nacional; y, v) los sistemas mixtos.

A continuación presentaremos algunos ejemplos de experiencias que ilustran las características de los diferentes casos incorporados en cada grupo.

2. Autonomía hospitalaria en el marco de un plan provincial de salud

Sin duda, el ejemplo que merece especial atención del sistema provincial que presenta la provisión de salud en la Argentina es el caso de Neuquén. A lo largo del último cuarto de siglo, éste se constituyó en un modelo de las ventajas del federalismo en el campo de la

salud. La organización del sistema de salud de la Provincia de Neuquén es uno de los casos provinciales más estudiados en la Argentina, no por su alto grado de representatividad como modelo del país, sino por todo lo contrario. Es generalmente considerado como un caso atípico donde la descentralización de los servicios de salud tiene una secuencia institucional diferente a la mayor parte de las provincias argentinas; y el grado de autonomía desarrollado para el diseño y la gestión de la salud pública provincial ha resultado ser sumamente importante. En consecuencia, las referencias a la organización de la salud en Neuquén resultan indispensables para comprender los alcances de la heterogeneidad característica de los sistemas provinciales argentinos.

La provincia, que integraba la región patagónica (al sur de la república) hasta 1955, formaba parte de los territorios nacionales y, aún cuando se ubicaba a una gran distancia de los centros de decisión en la ciudad de Buenos Aires, su población tenía escaso poder para influir sobre temas que afectarían a su propia gestión. En aquel año se provincializó su territorio y dos años después, se constituyó en una nueva provincia que incorporaba como función de su gobierno asegurar la atención de salud gratuita para sus habitantes. En 1963, el Movimiento Popular Neuquino ocupó el gobierno por primera vez y se constituyó en el partido político que ha dirigido los destinos de la provincia desde entonces, con cierta independencia de lo sucedido a nivel nacional.

Paralelamente comenzó el desarrollo económico de la provincia impulsado por una serie de inversiones tendientes al aprovechamiento de sus recursos energéticos, entre las que se cuenta la construcción del Complejo Chocón-Cerros Colorados, destinado al aprovechamiento hidroeléctrico de los ríos de la región. Estas obras (que incluyeron la explotación de petróleo y gas) significaron un fuerte atractivo para la migración de recursos humanos y financieros, determinando un fuerte desarrollo del sector de servicios. A su vez, ello ha tenido un impacto muy favorable sobre la situación fiscal de la provincia debido a que los recursos provenientes de las regalías³⁵ representan casi el 30% del total de sus ingresos.

En cuanto a su organización sanitaria, si bien existen algunos antecedentes previos, los servicios provinciales se desarrollaron a partir del Plan de Salud inaugurado en 1970. En ese entonces, la provincia presentaba serias deficiencias en su situación sanitaria (por ejemplo, su tasa de mortalidad infantil era una de las tres más altas del país). El citado plan logró una rápida mejora en sus indicadores sanitarios³⁶ basándose en algunas condiciones totalmente diferentes a las que se han presentado en el resto del país. En lo esencial, se estableció la dedicación de tiempo completo del personal médico de la atención pública, agrupando equipamiento de alta complejidad y, por razones que escapan al mercado de la salud, una excepcional continuidad institucional.³⁷

En el interior de la provincia, la oferta pública se organizó en tres niveles: central, zonal y local. Así, la provincia fue dividida en cuatro zonas sanitarias, cuyo jefe (Jefe Zonal) tiene funciones técnico administrativas delegadas por el nivel central, a cargo de la Subsecretaría de Salud. A nivel local, las zonas sanitarias se dividieron en áreas programáticas, cada una de las cuales corresponde a un establecimiento de internación. De

este hospital dependen los profesionales que atienden los Consultorios Periféricos en las zonas urbanas, y los Puestos Sanitarios en las zonas rurales.³⁸ En materia sanatorial, el sistema público provincial gira en torno del Hospital Provincial de Neuquén, que cuenta con servicios avanzados de alta complejidad. El financiamiento de cada zona depende del presupuesto provincial de salud. Solamente existe un mecanismo de descentralización para algunas actividades puntuales y concretas -campañas de vacunación, etc.- donde se transfieren fondos desde la provincia a los hospitales y para ser ejecutados con cierto grado de libertad.

El tema de la descentralización cuenta con un antecedente particular. Desde hace algunos años, a nivel provincial existe una legislación que permite a los hospitales contar con cierta independencia en los niveles de facturación por prestaciones efectuadas por Obras Sociales. El resultado de dicha facturación es de libre disponibilidad por parte de los hospitales pero no puede ser aplicada al sobrepago de salarios. Actualmente este mecanismo reporta ingresos equivalentes al 8% del presupuesto total del sector público en salud.

Al sistema centralizado de prestaciones sanitaria de la provincia de Neuquén se le incorporará próximamente un hospital de alta complejidad en el área neonatología con una dotación de más de 200 camas. Dicho hospital se encuentra en etapa de equipamiento final, pero se prevé una necesidad financiera adicional de cerca de 14 millones de pesos anuales para su normal funcionamiento. Su construcción se realizó en el marco de un proyecto de mayor envergadura solventado -en un 60%- por la Nación con fondos provenientes -vía préstamos- de organismos internacionales y el resto por la provincia. Por su complejidad y tamaño se convierte en receptor natural de una zona que excede a los límites geográficos de Neuquén. La puesta en marcha de esta institución incide necesariamente sobre la dinámica de funcionamiento de un sistema centralizado como el vigente en esta provincia.

En la actualidad se plantea un problema presupuestario a nivel provincial, dado que las erogaciones requeridas para su funcionamiento aumentan sustantivamente el presupuesto destinado a la salud a nivel provincial -estimado en unos 70 millones de pesos anuales-. En el marco de un ajustado presupuesto provincial -tiene un déficit mensual cercano a los 7 millones de pesos- y en pro de mantener cierto equilibrio por los requerimientos impuestos desde la Nación, si la provincia se hace cargo de la nueva iniciativa debe arbitrar, las medidas fiscales adicionales o los mecanismos de captación de recursos propios por parte del nuevo hospital. Esta última posibilidad induce a un cambio en la lógica centralizada del sistema provincial.

Adicionalmente, la presencia de un hospital cuya cobertura supera a la provincia plantea la necesidad de un sistema de fondeo que refleje esta realidad y que no haga recaer el peso de las prestaciones sobre el presupuesto de una única jurisdicción. A su vez, la presencia de la Nación como financiador último de las expansiones de capacidades instaladas trae aparejada la tendencia a establecer un régimen de descentralización implementado desde el Ministerio Nacional (Hospital de Autogestión) en una provincia que tiene un aceitado sistema centralizado. Cabe señalar, además, que este proceso se concreta en un contexto

donde el sector prestador privado comienza a tener cierta relevancia -por su dinámica previa y crisis actual-.

En suma, se trata de la experiencia de una provincia relativamente joven, articulada con base en cierta estabilidad institucional, que enfrenta actualmente varios problemas asociados con las restricciones presupuestarias provenientes del gobierno provincial y la incidencia que alcanzan los proyectos hospitalarios compartidos por la Nación, que presiona con criterios específicos contenidos en los hospitales de autogestión.

3. Hospitales autónomos con intentos de coordinación provincial

Un ejemplo de este tipo de situación se encuentra en el caso de Mendoza. Allí, el proceso de autonomía de los principales hospitales públicos tuvo su inicio en 1990 a partir de una decisión política del Poder Ejecutivo provincial. Existieron, en este caso, algunos condicionantes que le otorgaron un dinamismo particular.

El inicio del proceso se asentó sobre la base de una fuerte decisión política de implementar el nuevo sistema. En ese entonces, existió consenso, dentro del gabinete provincial, en favor del mantenimiento de las partidas para salud pública, evitando una redistribución de recursos en perjuicio de aquellos hospitales que ingresaran al sistema de autogestión, en la medida que comenzaron a captar recursos adicionales de cierta significación.

Finalmente, el objetivo inicial se concretó en los cuatro hospitales de mayor relevancia provincial, que explican más del 60% de las erogaciones del sistema provincial de salud. Estos establecimientos habían contado con mejoras edilicias y de equipamiento de magnitud en los últimos diez años, con lo cual los problemas asociados a la falta de infraestructura eran menos relevantes que los referidos a su intensidad de uso (inicialmente tenían un nivel de atención al público equivalente a 25/30 horas semanales para los pacientes ambulatorios y de 44 para los servicios especiales e internación).

La mayor autonomía de los hospitales se articuló a partir de la posibilidad de captar recursos adicionales sin que ello implicase una disminución en la prestación de los servicios iniciales. Simultáneamente se transfirieron a los hospitales las siguientes actividades:

- el control de las compras, la subcontratación de servicios y la posibilidad de celebrar contratos (tanto laborales como de prestaciones);
- la posibilidad de contar con una dirección conformada tanto por representantes del personal como de los profesionales que conforman el hospital; este mecanismo es particular de cada hospital, con lo cual se descentraliza plenamente el proceso de asignación de recursos internos y actividades (aunque se mantiene la responsabilidad global ante el Ministerio Provincial por las actividades programadas);
- el pago de sobresueldos con parte de los fondos captados adicionalmente;

- la necesidad de mantener un sistema de información que permita el control, tanto económico/financiero como de la capacidad y calidad prestacional, por parte del Ministerio Provincial.

Recientemente, ese organismo comenzó a operar con presupuestos por programa con cada uno de los hospitales descentralizados, y es el encargado de centralizar la captación de nuevos clientes, especialmente cuando se refieren a grandes obras sociales. A partir de allí asigna los recursos entre los diversos hospitales públicos de acuerdo con un mecanismo de consulta/negociación.

El sistema tiene un mecanismo específico de distribución de los fondos captados adicionalmente por los hospitales descentralizados. Desde el Ministerio se establece que: el 60% de los fondos queda para los gastos generales del hospital, y el 40% restante se destina a sobresueldos. La forma de distribución de los sobresueldos responde a una fórmula paramétrica que tiene un nivel de remuneraciones fijas para toda la planta y un porcentaje de acuerdo con los niveles de productividad de determinados servicios.

La paulatina puesta en marcha de este proceso devino en una serie de cambios en todos los niveles del sistema provincial:

- Por un lado, el Ministerio Provincial de Salud al desprenderse de sus funciones prestacionales debió enfatizar su actividad en dos ejes: el control pautado del cumplimiento tanto de las metas presupuestarias como de los mecanismos de asignación de los fondos adicionales, y el establecimiento de un programa de calidad de los servicios destinado a pautar el nivel de las prestaciones.
- De otra parte, a medida que el hospital descentralizado comenzó a ingresar al sistema comercial -captando grupos de pacientes- y se establecieron pautas de calidad, el sector público comenzó a operar como "empresa testigo" del mercado, con cierta capacidad de control indirecto sobre el mismo.
- A su vez, la facturación global de los hospitales descentralizados empezó a crecer hasta alcanzar entre el 25 y el 30% del total de los recursos corrientes. Simultáneamente, los horarios de atención hospitalaria se ampliaron, dándose el caso de trabajar comúnmente en dos turnos e incluso en algunas áreas (con aparatología especial) con la máxima intensidad que permiten los equipos. En este caso, implícitamente existe una mejora en la equidad del sistema, dado que la unidad descentralizada capta recursos adicionales destinados a ampliar el horario de cobertura, presumiblemente a sectores más rezagados.
- Simultáneamente, varios cambios comenzaron a establecerse al interior de los hospitales como fruto de la reforma. Atendiendo las características específicas de cada caso, se efectuó un replanteo de la forma de administración interna, dando cabida a las distintas expresiones grupales. En materia operativa, se tendió a fortalecer las áreas de administración, cobranzas, comercialización y personal. Un

aspecto común a todas las organizaciones es la sistematización, dado que tanto las nuevas demandas regulatorias como el propio interés de la administración inciden en dicha dirección.

4. Hospitales autónomos sin esquema provincial explícito

Por su complejidad y especial relevancia hemos decidido ilustrar este caso con el funcionamiento sectorial en la provincia de Buenos Aires. Allí, la iniciativa histórica más relevante en materia de descentralización se ubica en 1961 cuando se establecieron los Hospitales de Comunidad. Dos son los casos que se concretaron: el de Gonnet y el de Mar del Plata (del que se harán algunas referencias específicas más adelante). Los ejes centrales de esta reforma fueron (Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, 1961): i) la descentralización de los mecanismos internos de asignación del presupuesto; ii) la atención completa a los carenciados y arancelamiento a quienes tienen capacidad contributiva; iii) la libre elección del médico por parte del paciente; y iv), la participación de los miembros de la comunidad en la dirección del hospital.

Durante el período 1973-1975 se creó una gran cantidad de centros de salud que, junto con varios hospitales que durante el gobierno militar, fueron cerradas o transferidas a las municipalidades. En ese último período se creó el Sistema de Atención Médica Organizado (SAMO) con el objeto de ordenar y coordinar las prestaciones en el ámbito provincial. El criterio general de estas formas de organización es la descentralización de la dirección de los establecimientos pero con una clara sujeción a nivel del presupuesto provincial. A fines de los años ochenta se instrumentó un nuevo esquema de descentralización a partir de la transferencia a los hospitales. Se decidió permitir a las instituciones la captación de recursos adicionales, teniendo como contrapartida el control del destino de tales fondos por parte del gobierno. Según la legislación, el 50% de los fondos captados son de libre disponibilidad de los hospitales, distribuyéndose entre el personal de acuerdo a la categoría escalafonaria (esto es sin consideración alguna sobre los criterios de productividad). Resulta importante, por su carácter de excepción, hacer una referencia sobre la asignación de recursos tributarios entre los diferentes municipios que integran la provincia. En efecto, de acuerdo con las leyes provinciales 10,559, 10,752 y 10,820 el 16.1% de los recursos tributarios de la provincia (provenientes de la Coparticipación Federal de Impuestos y la recaudación propia de impuestos provinciales) se distribuye entre los municipios. De esos fondos, el 37% se debe destinar a salud y de acuerdo con los siguientes coeficientes:³⁹ i) 35% según camas disponibles; ii) 25% según número de consultas; iii) 10% según egresos registrados; iv) 20% según pacientes por día de internación; y v) 10% según número de establecimientos hospitalarios sin internación.

En la provincia hay 80 hospitales abiertos que actúan como si fueran una clínica en la atención privada, el profesional cobra sus honorarios y el hospital cubre sus derechos. Como contraprestación el profesional atiende a los indigentes (Ochoa, 1995). Nuevamente, el mecanismo de equidad se traslada a la operatoria microeconómica, abriendo las puertas

a una gran diversidad de situaciones. Un caso particular es el Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata, cuyo origen se vincula con los procesos de descentralización. En ese entonces, al cerrarse el hospital Regional de Mar del Plata (una de las primeras experiencias de descentralización en el marco del proceso impulsado desde la Nación), un grupo de médicos constituyó el Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata. Su administración incorpora tanto a estamentos internos del hospital como a representantes de la comunidad. El sostenimiento financiero del hospital proviene exclusivamente de ingresos de origen privado y sus activos son de propiedad de una fundación sin ánimo de lucro. El personal es de dedicación exclusiva; "la distribución interna de los recursos se basa en honorarios modulados según la función, la carga de trabajo, el rendimiento y la capacitación profesional. Hacia afuera el hospital celebra convenios con las obras sociales mediante pagos por capitación" (Arce, 1994).⁴⁰

5. Hospitales autónomos de la jurisdicción nacional

La ciudad de Buenos Aires tiene su primer gobierno autónomo en virtud a la modificación constitucional de 1994. Hasta mediados de 1996 era un territorio nacional y su gobierno era designado por el Poder Ejecutivo Nacional. Allí, el proceso de descentralización tuvo una trayectoria sumamente particular. Comenzó a mediados de los años ochenta con la creación de una cuenta especial en la Municipalidad donde se ingresaban los pagos efectuados por las Obras Sociales correspondientes al uso de hospitales dependientes de la MCBA (previamente ingresaban a rentas generales). A partir de ello, el 60% permanece en los hospitales y el resto ingresa a la MCBA para su posterior reparto entre las unidades prestacionales.

En 1987 se avanzó descentralizando el procedimiento de compras de los hospitales. Las nuevas reglamentaciones resorte de la MCBA permiten las contrataciones por parte de los hospitales generando claras mejoras en la asignación de los presupuestos (PRONATASS, 1994). Por último, se ingresó en un proceso -aún en marcha- de descentralización de los restantes aspectos (incluidas las relaciones laborales). El sistema de arancelamiento aún no da grandes resultados. Para 1994 sobre un presupuesto total de 813 millones de dólares la recaudación adicional se ubica entre 65 y 70 millones de dólares. Debe recordarse, asimismo, que la transferencia de hospitales desde la Nación a esta jurisdicción constituyó un episodio singular, atendiendo al arreglo financiero que acompañó la descentralización de servicios sociales de 1991.

Una experiencia microeconómica especial en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires lo constituye el hospital Garrahan. Se trata de un hospital nacional de pediatría de alta complejidad que fue constituido en base de dos decretos (598/87 y 815/89) que le permitieron contar desde sus inicios con una estructura descentralizada, con autonomía financiera y con un régimen propio de personal, compras y contrataciones. Cuenta con un presupuesto público cubierto en partes iguales por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y la Nación. O'Donnell refiere la existencia de dos etapas en su conformación: la

primera destinada a la creación de un modelo médico asistencial interno de funcionamiento y la segunda -desde 1987 a la fecha- de la búsqueda de los mecanismos administrativos y funcionales que efectivicen la descentralización (O'Donnell, 1994). Contando con un financiamiento público del orden de los 60 millones de pesos anuales, ha implementado un mecanismo de captación de fondos adicionales -por cobro a obras sociales⁴¹ y particulares- que le permite ingresar más de 12 millones de pesos anuales, de los cuales el 50% se destina a gastos de funcionamiento y el resto entre todo el personal. Existe una política de personal independiente del estado nacional que permite mayor flexibilidad en la contrataciones y fijación de salarios;⁴² la percepción de salarios tiene dos componentes: i) el salario inicial y ii) adicionales generados por el 50% de los ingresos extra-presupuestarios.⁴³ Aún no se ha desarrollado un sistema que vincule los ingresos extra-salariales con la productividad de los agentes o grupos de agentes.

Existen tres rasgos distintivos que surgen del estudio de esta experiencia: i) la existencia de un organismo de gobierno, por encima de la dirección del hospital, conformado por representantes de la comunidad; ii) cierto contrapeso entre los diferentes grupos que componen el hospital; y, iii) cohesión de grupo en un emprendimiento común (Dalbo, 1994).

Por último, otra experiencia de autogestión hospitalaria en el ámbito nacional la constituye el Hospital de Clínicas, que forma parte de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Habiendo sido uno de los más complejos de latinoamérica durante décadas, funcionó con un alto grado de centralización en el marco de las normas de la Universidad. No obstante, los avatares económicos de ésta y las necesidades que recayeron sobre el hospital fueron deteriorando su funcionamiento. Un informe realizado a mediados de los años ochenta (Katz, 1987) daba cuenta de los múltiples problemas organizacionales y administrativos propios de una estructura donde había una clara preminencia de las cátedras,⁴⁴ escasa coordinación y elevado reglamentarismo. El hospital no tenía autonomía para facturar servicios ni tampoco recursos y poder legal para controlar su política de recursos humanos.⁴⁵ Aunaba por un lado bolsones de excelencia en su actividad específica con deficiencias en la administración que se materializaron tanto en problemas operativos como en la presencia de "subsidios" hacia terceros que no eran captados convenientemente. El elemento disparador del proceso de autonomía fue la necesidad de contar con recursos adicionales capaces de frenar el deterioro del hospital.

A través del uso de distintos artilugios legales -y no en el marco de una norma de descentralización- el hospital inicialmente recuperó su poder de facturación y su financiamiento extra-presupuestario. Posteriormente consiguió realizar sus compras de manera autónoma -hasta ciertos montos-, lo cual obligó a un mínimo manejo propio de stocks y contribuyó a mejorar el sistema de captación de donaciones. El paso siguiente fue la introducción de ciertos márgenes de flexibilización salarial a través del pago de adicionales -con fondos propios- a determinados agentes claves dentro del hospital (por ejemplo, las enfermeras). Posteriormente se amplió la posibilidad de pagar sobresueldos a todo el personal con base en los ingresos extra-presupuestarios (se estableció un 20% del

ingreso extrapresupuestario del hospital se destina a sobresueldos siguiendo la escala salarial vigente) (Henry, 1993).⁴⁶

6. Sistemas mixtos

La heterogeneidad de situaciones que intentamos ilustrar en este capítulo da cuenta de los inconvenientes que presenta el sistema de salud argentino para lograr un modelo prestacional que mejore la eficiencia en el uso de los recursos y, más aún, consiga atender cuestiones de equidad a lo largo de su territorio. Mucho más grave es el panorama si se incorpora al análisis la descripción de la organización global de la salud presentada en el capítulo anterior. Sin embargo, los casos descritos no agotan las alternativas posibles. En algunos casos la situación incorpora elementos de los diferentes tipos de organización descritos. Sin lugar a dudas, el caso de la Provincia de Santa Fe es uno de los más complejos. Por diversas razones puede ser considerado como el más representativo ya que hacia su interior se replican casi todos los problemas que presenta el sistema nacional. Es por ello que hemos decidido detenernos con mayor cuidado en su caracterización, que será presentada en el capítulo siguiente.

V. EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN LA PROVINCIA DE SANTA FE

1. Introducción

En el marco de un proceso de descentralización del sistema de salud impulsado -en sus distintas etapas- desde la Nación en estrecha relación con los aspectos fiscales, resulta interesante el estudio del caso de Santa Fe por diversas razones. En primer lugar, se trata de una provincia con una variada situación y tipología de la actividad económica, distribuida de manera diferente a nivel espacial y altamente representativa -con sus especificidades- del nivel nacional.⁴⁷ En segundo lugar, la situación financiera local reproduce el desafío del grueso de las provincias restantes. Además tiene severas restricciones asociadas a las políticas nacionales, y enfrenta crecientes necesidades de erogaciones adicionales relacionadas con los procesos de ajustes provinciales (tanto del gasto público como de las demandas del sector productivo). Finalmente, acorde con las nuevas directivas nacionales, la provincia de Santa Fe inicia un proceso de descentralización a nivel sanitario que tiene al hospital público como epicentro; cuenta con un proceso de descentralización ad-hoc -los SAMCO- previo, proveniente de un proceso similar al actual impulsado desde la Nación a inicios de los sesenta. Tiene, además, una fuerte presencia sanitaria municipal y universitaria.

Adicionalmente, los distintos desarrollos relativos alcanzados por el sector privado y su relación con el sector oficial, reproducen idénticas relaciones operadas a nivel nacional. En algunas zonas el hospital público sigue siendo el centro de referencia de salud, mientras que en otras -las más pobladas y con mayores capacidades económicas- existe una clara prevalencia del sector prestador privado en desmedro de la actividad oficial; un tercer estadio está conformado por los prestadores de obras sociales cuya dinámica acompaña el reajuste productivo de los anteriores sectores industriales claves.

En suma, aún con las especificidades del caso, el proceso de descentralización provincial, como el entorno prestacional público y privado, y algunos rasgos de la historia previa en que se desenvuelve, justifican la elección de Santa Fe como objeto de análisis del actual proceso de descentralización. Examinaremos el contexto socioeconómico sobre el que opera esta descentralización.

La Provincia de Santa Fe cuenta con un Producto Bruto Geográfico de alrededor del 8% del PIB nacional⁴⁸ y una población total estimada actualmente en casi 2,900,000 habitantes (8.5% del total nacional). La población económicamente activa (PEA) alcanza

al 40.5% de la población. De acuerdo con los datos censales de 1991, la tasa de desocupación de los aglomerados urbanos, Gran Rosario y Santa Fe-Santo Tomé era, en mayo de 1996, 19.7% y 21.2% respectivamente. El porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) a mediados de los noventa, era del 17.6%.

El sector público provincial tuvo en 1995, un desequilibrio de 133 millones de pesos, equivalente a 5.7% del total de erogaciones. Los ingresos con los que cuenta esta jurisdicción están compuestos por los recursos provinciales (44%), de origen nacional de libre disponibilidad (44%), de origen nacional con afectación específica (6%), por aportes del gobierno nacional (4%) y de capital (2%).

Los impuestos provinciales generaron recursos superiores a los 858 millones de pesos en 1995, de los cuales 428 millones correspondieron al impuesto sobre los ingresos brutos (50%), 125 a sellos (15%), 171 al impuesto inmobiliario (20%), 72 al impuesto automotor (8%) y el resto a impuestos menores. Por su parte, las transferencias originadas en impuestos nacionales incluyen conceptos muy diversos; sin embargo, su cuerpo central está constituido por el Régimen de Coparticipación Federal de Impuestos recaudados por la Nación. De acuerdo con el mismo -establecido por la ley 23,548- la provincia de Santa Fe recibe el 5.07% de los recursos coparticipados.⁴⁹

En 1995, el total de erogaciones del sector público provincial alcanzó un monto de 2,317 millones de pesos, de los cuales 2,028 millones correspondían a gastos corrientes y 289 millones a erogaciones de capital. Los gastos corrientes están compuestos, básicamente, por erogaciones en personal (57%) y transferencias (34%). Con relación a las primeras, se debe destacar que el sector público provincial, en 1995, empleaba 90,580 agentes (esto representa una relación de 31 empleados públicos cada 1,000 habitantes).⁵⁰ Del total de transferencias (695 millones de pesos), 247 corresponden a los municipios, 149 millones al sistema previsional y el resto a otras de menor importancia.

El gasto público en el rubro salud ascendió en 1995 a 140.5 millones de pesos. Ello significa, para el total de la provincia, un costo por egreso hospitalario de \$642 anuales y por consulta de \$16 anuales.⁵¹ Del total de gasto público provincial, un 78% corresponde a personal y el resto a gasto de funcionamiento. Trabajan en el sector salud, alrededor de 15,700 agentes de los cuales 3,200 son contratados y el resto de planta permanente.⁵²

La provincia no tiene un sistema unificado de coparticipación municipal que regule el reparto de fondos entre los diferentes municipios. Por el contrario, presenta diferentes mecanismos para cada una de las fuentes de ingresos: coparticipados desde la Nación, impuesto a los ingresos brutos, inmobiliario y otros recursos tributarios provinciales. En casi todos los casos una parte importante de los fondos son distribuidos de acuerdo con la población de cada municipio, dado que no existen recursos que se distribuyan por indicadores específicos de la salud.

2. Indicadores Socioeconómicos y conformación del sistema de salud

Si bien la provincia de Santa Fe califica entre las más desarrolladas del país, presenta marcadas diferencias regionales tanto a nivel económico como en los aspectos sanitarios. La población está distribuida desigualmente; como se observa en el Cuadro 11, existe una fuerte concentración en el sur provincial: el departamento Rosario supera el millón de habitantes. Si a ello se adicionan los de Constitución, San Lorenzo e Iriondo alcanza al 50% de la población provincial, a pesar de que su territorio no supera el 10% del total de la superficie provincial. Esta primera zona de concentración -cuyo epicentro es el departamento Rosario con una densidad de población de 671 h/km²- es el receptáculo de un fuerte proceso de inmigración proveniente tanto de otros departamentos como de las provincias vecinas.⁵³

En el extremo opuesto se encuentran los departamentos del norte de la provincia: Vera, Garay, 9 de Julio, San Cristóbal y San Justo; su densidad poblacional es baja y la trama contiene un fuerte porcentaje rural. En un punto intermedio se encuentran los departamentos del centro y suroeste de la provincia donde la población se distribuye territorialmente de manera más homogénea, siendo habitual la presencia de municipios y ciudades con poblaciones entre 10 y 100 mil habitantes.⁵⁴

De manera similar, analizando lo ocurrido con las NBI existen dos hechos relevantes: por un lado, los departamentos norteños tienen -porcentualmente- los indicadores menos favorables duplicando sus niveles a los registros del promedio provincial. Por otro, en términos absolutos, las mayores cantidades de hogares con NBI se ubican en los departamentos más poblados, en una lógica que responde al crecimiento de los asentamientos marginales aledaños a las grandes ciudades. Nótese que solamente Rosario tiene casi 40 mil hogares en esta situación; si a ello sumamos los del departamento La Capital, se cubre la mitad de los hogares provinciales con NBI. En el otro extremo, los indicadores más bajos corresponden a los departamentos del centro de la provincia donde la conformación poblacional -mayor cantidad de ciudades pequeñas y municipios- y económica -predominio de unidades medianas asociadas a los agroalimentos- tienen mayor predicamento.

Disparidades similares se observan cuando se analizan los desvíos en las tasas de mortalidad infantil, respecto del promedio ubicado en el 17.6 por mil. El norte -9 de Julio, Vera, Garay y Gral. Obligado- tiene tasas claramente superiores al promedio en una clara asociación con las NBI relevados a nivel de hogares. Debajo del promedio se ubican el grueso de los departamentos del centro y sureste de la provincia. Cabe remarcar finalmente el caso del Rosario y San Lorenzo, que, además de presentar un leve desvío respecto del promedio, por su concentración poblacional, son -en valores absolutos- problemas de magnitud. Este perfil de demanda tiene como contrapartida una fragmentada estructura prestacional sanitaria. En su conjunto, la provincia de Santa Fe tiene un total de 1,198 establecimientos de salud (452 con internación y el resto ambulatorio), con una dotación de 14,455 camas, con una participación similar entre los sectores público y privado.

Cuadro 11
DATOS SOCIOECONÓMICOS Y SANITARIOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Departamento	Superficie -km 2-	Población ¹	Densidad Poblacional	Total Hogares ²	Hogares c/ NBI ³	%	Mortalidad Infantil ⁴	Consultas Médicas		Egresos	
								Total ⁵	Por hab. ⁵	Total ⁵	Por hab. ⁵
Belgrano	2,386	38,816	16.27	11,238	690	6.1	10.57	67,733	1.74	1,625	0.14
Caseros	3,449	76,690	22.24	23,108	1,293	5.6	11.14	110,815	1.44	2,064	0.09
Castellanos	6,600	141,994	21.51	39,472	3,334	8.4	13.61	179,600	1.26	6,065	0.15
Constitución	3,225	79,419	24.63	22,372	1,832	8.2	11.54	93,427	1.18	2,062	0.09
Garay	3,964	16,253	4.10	3,910	1,093	28.0	23.81	43,675	2.69	1,995	0.51
Gral López	11,558	172,054	14.89	51,484	3,858	7.5	12.79	291,907	1.70	8,783	0.17
Gral Obligado	10,943	145,265	13.27	33,617	7,760	23.1	21.01	226,536	1.56	12,642	0.38
Iriondo	3,184	62,838	19.74	18,095	1,325	7.3	13.31	85,635	1.36	2,856	0.16
La Capital	3,055	441,982	144.67	117,571	13,665	11.6	18.14	851,555	1.93	28,722	0.24
Las Colonias	6,439	86,046	13.36	24,585	1,483	6.0	11.72	91,725	1.07	3,363	0.14
9 de Julio	16,730	27,285	1.63	6,590	1,711	26.0	22.08	43,461	1.59	1,671	0.25
Rosario	1,890	1,079,359	571.09	307,169	37,301	12.1	18.25	1,877,038	1.74	40,573	0.13
San Cristóbal	14,850	63,353	4.27	17,505	1,908	10.9	20.02	80,284	1.27	3,426	0.20
San Javier	6,929	26,369	3.81	6,629	1,617	24.4	24.75	32,140	1.22	4,529	0.68
San Jerónimo	4,282	69,739	16.29	19,974	1,920	9.6	18.31	114,785	1.65	3,293	0.16
San Justo	5,575	36,887	6.62	10,229	1,088	10.6	14.09	52,624	1.43	2,311	0.23
San Lorenzo	1,867	129,875	69.56	34,832	3,924	11.3	20.01	244,264	1.88	2,374	0.07
San Martín	4,860	57,118	11.75	17,411	1,067	6.1	15.24	77,943	1.36	5,231	0.30
Vera	21,221	47,078	2.22	11,387	3,060	26.9	24.74	63,565	1.35	5,829	0.51
Total	133,007	2,798,442	21.04	777,178	89,919	11.6	17.54	4,427,812	1.65	139,953	0.18

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Instituto Provincial de Estadísticas y Censos.

Notas: ¹ Estimados para 1994

² Datos para 1991

³ NBI: Necesidades básicas insatisfechas

⁴ Valores de 1994. Por mil nacidos vivos

⁵ Valores de 1994 referidos al subsistema público.

a) *Sector Público*

El sector público provincial tiene 573 establecimientos asistenciales (el 48% del total), 6 511 camas (9% del total de camas oficiales existentes en el país y un 45% del total de camas en la provincia). De los 573 establecimientos asistenciales, 259 son de la provincia propiamente dichos, 212 son Servicios para la Atención Médica de la Comunidad (SAMCO) y 70 pertenecen a la jurisdicción municipal. Unos 40 hospitales son de máxima complejidad, mientras que otros 56 son hospitales rurales (Montes, 1993). Datos de 1995 indican que en la provincia se registraron 5.8 millones de consultas con unos 160 mil egresos anuales. De estos totales, un 18% en el primero de los casos, y un 15%, en el segundo, fueron efectuados por establecimientos municipales, mientras que los restantes corresponden a unidades que dependen de la Provincia. Organizacionalmente, el sector público provincial está dividido en 8 zonas sanitarias, de las cuales la zona VIII -Rosario, Constitución y San Lorenzo- detenta el 25% de las camas y el 30% de los establecimientos -Cuadro 12-. Estos, junto con el departamento Capital, explican más del 50% de la capacidad instalada.

Las disparidades reaparecen analizando la estructura organizacional interna del sector público. Se destaca que la administración municipal tiene relevancia exclusiva en el caso de Rosario, controlando cerca de 60 hospitales -polo autocontenido en términos de grados de complejidad prestacional-. Complementariamente, los SAMCO tienen relevancia -tanto en términos de camas de internación como de establecimientos- en los departamentos del norte de la provincia, llegando en algunos casos a ser la forma excluyente de prestación pública. En este caso, se conjugan una mayor dispersión poblacional -territorios extensos con baja densidad- con elevados índices de NBI. Además, en los departamentos del centro y suroeste provincial, la presencia del sector público está concentrada en los hospitales provinciales. En este caso un dato relevante es la baja capacidad de camas de internación versus población, lo que indica una mayor presencia privada, precisamente en regiones donde los niveles económicos superan el promedio provincial.

Esto queda reflejado además, en el grado de uso de los sistemas públicos. Utilizando datos de 1994 (cuadro 11) puede verse que si bien el promedio provincial es de 1.66 consultas por habitantes a nivel de sector público, los departamentos menos favorecidos económicamente -Garay, Gral. López, -o aquellos con poblaciones marginales importantes -Rosario y La Capital- exhiben un mayor grado de uso del sistema. Ello se explicaría básicamente por dos razones: i) en las zonas alejadas geográficamente el sector público es el referente obligado y, en muchos casos, único de la población; ii) en los grandes conglomerados, si bien existe abundante oferta privada, los sectores más desprotegidos -habitualmente con un espectro de patologías más amplio- se articulan casi exclusivamente con el sector público.⁵⁵ Un esquema de distribución similar puede verse cuando se analizan los egresos del sistema -aquellos que han utilizado el sistema como internados-. En este caso, se acentúa la relación entre los mayores egresos por habitantes y la situación socioeconómica: los departamentos norteños -Vera, Garay y Gral Obligado- aparecen como aquellos que más intensamente usan los sistemas de internación del sector público (hecho coincidente además con una mayor relevancia como prestador de la actividad estatal).

Cuadro 12
CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE SANTA FE. DATOS GENERALES. AÑO 1994.

Departamento	Zona	Población	Total		Provincias		Sancos		Municipalidades	
			Establecim.	Camas	Establec.	Camas	Establec.	Camas	Establecimientos	Camas
Rosario	VIII	1,079,359	121	1,483	52	786	9	59	60	638
Constitución	VIII	79,419	21	96	6	0	15	96	0	0
San Lorenzo	VIII	129,875	18	61	7	0	10	61	1	0
Gral López	VII	172,054	39	436	9	0	27	436	3	0
Iriondo	VI	62,838	17	953	9	935	8	18	0	0
Caseros	VI	76,690	16	192	5	115	10	77	1	0
Belgrano	VI	38,816	6	63	0	0	6	63	0	0
La Capital	V	441,982	71	1,399	63	1,381	6	18	2	0
Las Colonias	V	86,046	29	191	11	0	17	191	1	0
San Justo	V	36,887	16	85	6	0	10	85	0	0
San Jerónimo	IV	69,739	28	261	8	20	18	236	2	5
San Martín	IV	57,118	18	223	2	39	16	184	0	0
San Javier	III	26,369	13	91	10	0	3	91	0	0
Garay	III	16,253	8	51	5	10	3	41	0	0
Gral Obligado	II	145,265	43	293	34	155	9	138	0	0
Vera	II	47,078	24	281	17	18	7	263	0	0
Castellanos	I	141,994	46	171	29	113	17	58	0	0
San Cristóbal	I	63,353	28	137	15	40	13	97	0	0
9 de Julio	I	27,285	11	44	3	0	8	44	0	0
Total		2,798,442	573	6,511	291	3,612	212	2,256	70	643

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Estadística.

b) *Sector Privado y Semi-público*

En la Provincia de Santa Fe el sector privado ha evidenciado, desde hace varias décadas, un marcado desarrollo: actualmente detenta poco más del 55% de las camas disponibles. A los primeros avances centrados en algunos hospitales de comunidad, mutuales y consultorios privados, se sumó, a partir de los años sesenta, el impulso centrífugo proveniente de la consolidación de las obras sociales como contratistas del sector privado. En ese sentido cabe considerar que parte relevante del denominado "cordón industrial" está ubicado en el sur de la provincia, con lo cual su florecimiento -en los años setenta- y reciente involución, afecta de manera directa el mecanismo de financiamiento de las obras sociales y con ello la dinámica que caracteriza al sector privado.

Coincidentemente, el peso y dinamismo reciente del sector privado tiene rasgos diferenciados a nivel espacial. A trazo grueso puede diferenciarse nítidamente lo que ocurre en Rosario y sus alrededores, del resto de la provincia. Nótese que por concentración poblacional y distancia, este submercado también está bajo la influencia directa de los desarrollos privados operados en Buenos Aires, mientras que el norte y centro provincial operan como submercados más aislados (y obviamente de menor importancia).

En el caso de Rosario, la consolidación de las obras sociales, inicialmente tuvo como contrapartida un claro dinamismo del sector privado a través de los mecanismos de subcontratación, lo que dio lugar a una ampliación en la capacidad instalada sustentada básicamente en la capitación hacia los grandes sindicatos (sólo unas pocas obras sociales cuentan con capacidad prestacional propia). Un estudio reciente da cuenta de que, en 1970 el 44.7% de las camas existentes en Rosario correspondían al sector privado, un 4.4% a las obras sociales y el resto -más del 50%- al sector público; en 1992, el sector privado detentaba poco más del 60% de las camas, las obras sociales el 13.8% y el sector público escasamente superaba el 25% (Báscolo, 1996).

Durante los últimos años, la crisis fiscal y los problemas financieros de las obras sociales obligó a redefinir el modelo prestacional privado. Cambian tanto la forma de contratación hacia los usuarios como la estructura de la oferta. En el primero de los casos, aparecen con mayor fuerza los mecanismos de pagos *per cápita* -desde las obras sociales a los prestadores privados- y desde los pre-pagos hacia el público. Las unidades prestacionales de menor porte y gran amplitud de servicios, se vieron lentamente obligadas a operar como subcontratistas de empresas de salud organizadas como "tramas empresariales". Estas cuentan con sistemas de oferta de productos -los planes- diferenciados por segmentos de mercados contra el pago de un *cápita* fijo, y, por otro lado, contando con una mínima o nula capacidad propia, celebran contratos de prestadores con base en servicios individuales. El origen de estos últimos son tanto las empresas pequeñas y medianas que previamente contrataban directamente con las obras sociales, como la capacidad ociosa de los grandes sanatorios privados y los pequeños oferentes de servicios adicionales al acto médico (laboratorios de análisis, etc.). En el caso de Rosario existen tres grandes "tramas" empresariales de este tipo, cuyos orígenes se asocian con unidades de cierta excelencia, que

lentamente han tendido a convertirse en actores centrales del mercado, en desmedro de la previa relación entidad privada-obras sociales. Cabe remarcar que ante un proceso de crisis, la dinámica de estas formas de organización (y el replanteo de los operadores privados individuales) encuentra puntos de contacto con los procesos de mayor autonomía de los grandes hospitales públicos.

El centro y norte de la provincia, si bien pueden verse influidos por la presencia de estas tramas y de los sistemas periféricos de subcontratación de las obras sociales, funcionan preponderantemente a partir de la articulación entre el hospital público y los pequeños sanatorios y consultorios privados. Obviamente, ello implica un balance favorable en términos de números de camas para el sector público (incluyendo los SAMCO). En este ámbito, existe aún una mayor importancia del médico como eje del sistema (relaciones de conocimiento y prestigio) y una consecuente menor despersonalización del proceso efector de la salud. A menudo, incluso, los profesionales actúan indistintamente en el ámbito público y privado sin mayores restricciones. Este panorama es coincidente con núcleos poblacionales inferiores a las 100 mil personas donde las escalas juegan un rol central en la generación/ingreso de sistemas privados pre-pagos.⁵⁶

Esta conformación estructural no tiene una contrapartida exacta desde la perspectiva de la demanda. Apelando a datos censales de inicios de los noventa, se visualiza el tipo de cobertura que -desde la demanda- tienen los habitantes de la provincia. Del total de la población, un 43% tiene cobertura a través de las obras sociales, un 6.7% responde a un plan médico o mutual, un 16% tiene ambas coberturas, mientras que el resto -poco menos del 35%- o bien no identificó su forma de atención o recae sobre las instituciones públicas al no contar con otro sistema asistencial. Esto estaría indicando que existe cierta tendencia al cruzamiento de pacientes desde las obras sociales y las mutuales a los hospitales públicos dado que el perfil de la demanda no es exactamente el correspondiente a la estructura prestacional.

3. Los antecedentes de la descentralización en Santa Fe: los SAMCO

En el marco de los esfuerzos nacionales mencionados en los capítulos anteriores del presente trabajo, la Provincia de Santa Fe cuenta con antecedentes en el proceso de descentralización desde mediados de los sesenta. Coincidentemente con las políticas oportunamente establecidas por la Nación, la provincia instrumentó los denominados Servicios para la Atención Médica de la Comunidad -SAMCO- a partir de junio de 1967. Se trata de una forma de organización de las prestaciones que reconocen como orígenes la existencia de facilidades operativas públicas que han sido transferidas a los poderes municipales y/o comunales, en un proceso descentralizador centrado básicamente en los aspectos administrativos y de dirección y en menor medida en los referidos a recursos económicos y nombramientos de personal.

Basados en la idea de transferir a la comunidad la dirección y administración de sus propios servicios de salud -especialmente aquellos de media y baja complejidad el sistema se caracterizó por los siguientes aspectos:

- los SAMCO pasan a ser entidades sin ánimo de lucro -con todas las exenciones impositivas que ello implica, de acuerdo con la legislación local-, conservando cierto grado de autonomía con relación a la administración provincial a la cual, de todos modos, deben rendir cuentas (tanto desde la perspectiva económica como funcional);
- las respectivas comunas o municipios propenderán a la creación de una Comisión Vecinal para la Promoción del Servicio para la Atención Médica de la Comunidad. Esta comisión petitionará ante las autoridades sanitarias provinciales la constitución del respectivo SAMCO;
- la autoridad profesional gira en torno del Director Médico cuyo nombramiento corre por cuenta de la provincia; a nivel administrativo existe un Consejo de Administración formado por las instituciones que propendieron -vía la Comisión Vecinal- la creación del SAMCO, representante de la autoridad provincial de salud y representante del municipio local. El Consejo de Administración designa un cuerpo ejecutivo conformado por un Presidente, un Secretario y un Tesorero que tienen a su cargo la dirección ejecutiva del establecimiento;
- los recursos de los SAMCO provienen de aportes efectuados por la provincia, el municipio o comuna respectiva y las universidades. A ello se le suman los aportes provenientes del cobro de servicios, la recepción de donaciones, aportes voluntarios, legados y demás posibilidades de captar fondos. Los fondos provenientes del sector oficial solamente podrán ser asignados exclusivamente a la cobertura de prestaciones gratuitas (cobertura de indigentes). Los fondos captados por el SAMCO deberán depositarse en una cuenta especial del Banco Provincia de Santa Fe y utilizarse en la gestión de la institución, ad *referéndum* de los controles que ex-post realiza la autoridad provincial.⁵⁷ Estos controles se refieren únicamente a los fondos aportados por la provincia;
- existen tres tipos de contrato laboral para los funcionarios de los SAMCO. Los agentes provinciales -que provienen de la creación de los SAMCO- cuyos salarios y rangos escalafonarios son los de la provincia; los municipales (ídem) y los nombrados por el Consejo de Administración. En este último caso deberá adoptarse un mecanismo escalafonario idéntico al vigente a nivel provincial.

En relación con los SAMCO ubicados en las ciudades de Santa Fe y Rosario, a pesar de la existencia de varios hospitales que operen bajo este sistema, la legislación prevé un único Consejo Consultivo y representantes provinciales y municipales.

La implementación de este sistema fue paulatina, dependiendo en gran medida de dos factores: i) la presión comunal/municipal para lograr sus propios SAMCO en caso donde existiera previamente una capacidad instalada controlada por la autoridad provincial; y ii) la voluntad política de descentralizar e impulsar estos sistemas desde el gobierno provincial.

Luego de tres décadas de funcionamiento de este sistema se puede comprobar la existencia de 212 SAMCO (un 17.7% del total de establecimientos provinciales), 94 de los cuales tienen capacidad de internación con 2,256 camas (un 34.5% de las camas). Además de la importancia agregada de estas cifras, cabe consignar el peso casi excluyente que tienen estas organizaciones en determinados departamentos. Los SAMCO son relevantes en el norte de la provincia donde, como se expresara previamente, la densidad poblacional es menor y la presencia de las nuevas formas organizativas del sector privado es también menos relevante (aunque si lo son las formas tradicionales de prestación privada).

El desarrollo de estos servicios ha definido un proceso de descentralización que pone énfasis en los aspectos administrativos y funcionales. El control de los mecanismos de compras, la administración cotidiana y la toma de decisiones técnicas son el eje del sistema. Por el contrario, no existe independencia en el mecanismo de control del contrato laboral, que queda acotado a los escalafones provinciales (arrastrando con ello los esquemas sindicales convencionales). Ello deriva en un aspecto esencial: los salarios no guardan mayor relación con la productividad y excelencia del establecimiento. La inexistencia de mecanismos de descentralización salarial y su no relación con la productividad puede atentar sobre la eficiencia final de la descentralización. Ello es reemplazado por un control *ex-post* por parte del Ministerio que, en una primera etapa, está más preocupado por los temas vinculados con la rendición de cuentas que con la operación del sistema (aún cuando ambos están unidos a nivel regulatorio). Estos aspectos afectan, sin duda, los mecanismos de eficiencia, dejándola librada a la administración individual.

Con relación a la participación de la comunidad en la dirección; cabe enfatizar que cada una de las comunidades tiene rasgos marcadamente distintos, así, la conformación de los órganos de poder -el Consejo de Administración- es altamente heterogénea. Más aún, cada una de las comunidades tiene una conformación específica de fuerzas e intereses, lo que da lugar a la eventual inexistencia de un conveniente balanceo entre los representantes de los usuarios finales y los diversos estamentos prestacionales. En otros términos, al no estar adecuadamente reglamentada la forma de representación comunitaria, es posible que determinados sectores puedan imponer sus intereses, más aún si se considera que pueden estar involucrados, directa o indirectamente, como prestadores internos al SAMCO o como competidores (desde el sector privado).

Resulta difícil evaluar, en términos de eficiencia por un lado y de equidad por otro, el resultado de esta experiencia, en forma conjunta, dado que, por su conformación y la del medio en que actúan se producen múltiples situaciones e interacciones con factores exógenos al sistema de salud de los SAMCO. Aún así, un estudio reciente (Niklisson y Milesi, 1996) da cuenta de al menos cinco situaciones diferenciales:

- zonas con escaso desarrollo socioeconómico donde los SAMCO son únicos prestadores y no hay desarrollo prestacional privado; en estos casos los SAMCO centralizan la atención y captan pacientes vía capitación tanto del PAMI como del IAPO (Obras social provincial) con lo cual alcanzan una masa crítica relevante que les permite cierto nivel de eficiencia (dado que incluso los recursos adicionales son relevantes);

- zonas de escaso desarrollo socioeconómico donde la infraestructura edilicia de estas instituciones es muy antigua y no existen mayores posibilidades de captación de ingresos adicionales sustantivos centrandose su actividad en la asistencia a pacientes de bajos recursos; en otros términos, se trata de situaciones donde el sistema no tiene posibilidad económica de efectuar, por sí mismo, un cambio sustantivo de su infraestructura quedando a merced de la captación de fondos propios en un medio de bajos recursos;
- zonas de nivel socioeconómico medio sin mayor presencia privada, donde los SAMCO han alcanzado cierto nivel con base en recursos captados como prestador del sistema de la Seguridad Social (caso de San Jorge, El Trébol, Carlos Pellegrini, etc.);
- zonas de nivel socioeconómico alto donde el desarrollo del sector privado desplazó claramente a la actividad de los SAMCO en la captación de los pacientes de medio y altos recursos (y principalmente de sus fuentes de financiamiento), quedando relegado a los estratos más débiles de la población; ello deriva en un escaso mecanismo de ingresos adicionales y como contrapartida de mayor afluencia de población de bajos recursos;
- finalmente, existen varios casos donde se verifica un cierto equilibrio entre el sector socioeconómico medio. Allí los SAMCO garantizan el nivel mínimo de cantidad y calidad en las prestaciones; en estos casos existe un cierto equilibrio entre sector público y privado, en regiones donde la infraestructura y el funcionamiento de los SAMCO garantiza el *piso* de la calidad y desde allí compite con el sector privado; en estos casos existe cierto grado de complementariedad entre ambos sectores de acuerdo con los niveles de excelencia y complejidad.

Uno de los rasgos del sistema de SAMCO es su marcada heterogeneidad en función tanto de la actividad de la propia institución como del marco en el que se desenvuelve. El análisis de los comportamientos -en términos de giro de camas, egresos, consultas y porcentajes de ocupación- referido a todos los hospitales provinciales confirma los niveles de heterogeneidad de los SAMCO como forma de organización (Ministerio de Salud, 1996). Otra alternativa evaluada que considera algunos indicadores por departamentos, según la relevancia que en cada uno de ellos tienen los SAMCO, tampoco señala una tendencia definida. Por el contrario, se reafirman las tipologías, donde los mejores indicadores además de estar asociados a estas formas de organización, parecen responder más a las condiciones económicas de contexto, el grado de desarrollo del sector público y privado y la presencia de financiamientos puntuales tanto para infraestructura como para gastos de operación.

La marcada disparidad de comportamiento de los indicadores de eficiencia de los SAMCO⁵⁸ afecta indudablemente los temas de equidad; en efecto, al funcionar cada uno de ellos como unidades autónomas, sus mecanismos de ingresos -especialmente los adicionales al presupuesto provincial- reflejan en última instancia los niveles socioeconómicos de la región donde están instalados. Al no existir mecanismos de transferencias entre las unidades, el sistema en conjunto tiende a generar perfiles prestacionales muy diferenciados en desmedro de los sectores menos favorecidos económicamente.

4. El proceso reciente de descentralización

a) *Consideraciones generales*

El proceso de descentralización resurge con una nueva concepción a partir de 1991. Tiene como objetivo la descentralización de aproximadamente 3/4 partes del sistema público, esto es, aquellos hospitales que permanecen bajo la órbita provincial y aún no fueron trasladados a las municipalidades y no forman parte del sistema SAMCO. La estrategia apunta, por un lado a establecer la autonomía de los principales hospitales en manos de la provincia de Santa Fe y, además, a incorporar a los SAMCO dentro del nuevo esquema.

Se trata de un proceso secuencial que en sus primeras etapas apunta a la mayor autonomía administrativa y operativa de algunas actividades con la intención de profundizarse posteriormente.⁵⁹ Sus lineamientos centrales son los siguientes:

- cada establecimiento será conducido por un Consejo de Administración integrado por: un representante del Estado Provincial; un representante del personal, uno por el cuerpo profesional (en ambos casos elegidos por votación interna), uno por la Asociación Cooperadora del Hospital y un representante de las organizaciones institucionalizadas de la Comunidad;⁶⁰
- los hospitales descentralizados (además de las funciones clásicas de administración y funcionamiento) podrán: celebrar contratos de prestación de servicios, controlar los contratos de trabajo, efectuar las compras y percibir remuneraciones por prestaciones de servicios;
- los recursos provendrán del presupuesto provincial y de fondos generados o captados por la institución, ésta puede efectuar contratos de prestación -de diversos tipos- con otras instituciones públicas y/o privadas.

Un tema central sobre el que la descentralización no ha avanzado en demasía es el referido a la contratación de la mano de obra y la descentralización del sistema salarial. En el esquema vigente, tanto los niveles salariales como los nombramientos aún dependen de la administración central, con lo que el proceso se reduce a la autodeterminación en las compras y a la conformación de una administración distinta como a la posibilidad de captar recursos adicionales. En los hechos, ello impide relacionar una eventual mayor eficiencia operativa con el pago de sobresalarios. Este hecho -que a juicio de algunos directores de hospitales les resta posibilidades de mejorar sustantivamente la eficiencia- responde, a la conjunción de varias razones: i) existen impedimentos legales -exógenos al área de salud- que imposibilitan un contrato de trabajo exclusivo para esta actividad. Su remoción replantearía la estructura salarial y contractual de toda la administración provincial, con el consiguiente impacto gremial;⁶¹ y, ii) a nivel de las unidades a descentralizar no están establecidas las estructuras necesarias para auto administrarse; en esa dirección, la falta de recursos humanos, la cultura previa⁶² y los reducidos salarios,⁶³ no generan los incentivos necesarios para contar con una estructura administrativa eficiente.

En suma, si bien puede ser visto como una etapa en un proceso de más largo plazo, la descentralización establecida se refiere sólo a una parte del paquete de costos totales de los hospitales, quedando excluido el componente salarial (que, a grandes rasgos, ocupa alrededor del 80% de las erogaciones provinciales en salud). La posibilidad cierta de captar recursos adicionales importantes abre la necesidad de contar con un mecanismo de incentivos que incorpore la distribución de estos fondos.

En enero de 1994 se creó un sistema de distribución de fondos que establecía que la totalidad de los recursos provenientes de la facturación bajo el rubro gastos debía derivarse a las erogaciones de los hospitales en insumos, bienes de capital y contrataciones de los servicios requeridos por la prestación que resultare del acto arancelado. Por su parte, los fondos que se recaudara en concepto de honorarios serían distribuidos de acuerdo con la modalidad que fijara el Ministerio de Salud provincial, según las propuestas de los hospitales y los SAMCO. Recientemente (julio 1996), el sistema fue modificado, estableciéndose las siguientes reglas de distribución: 55% a un fondo para gastos de funcionamiento e inversiones del hospital; 10% a un fondo compensatorio de redistribución que dirigirá el Ministerio a áreas que considere prioritarias; 30% a distribuir entre todo el personal del establecimiento acorde con una fórmula de productividad que determine el Ministerio y que pondere asistencia, dedicación y productividad; y, 5% a un fondo de asistencia social destinado a cubrir necesidades sociales emergentes del personal del establecimiento. Estos fondos serán auditados por el Ministerio de Salud de la provincia y sus liquidaciones serán mensuales (a menos que sean de muy bajo monto y no justifiquen la distribución pasándose los saldos para el mes siguiente).

Por su relevancia operativa, el tema que mayores fricciones causa es la forma de distribución de los excedentes a nivel del personal (como mecanismo de sobresueldo). Este, además de las obvias connotaciones políticas, tiene relevancia dado que eventualmente permite enlazar mayores remuneraciones con eficiencia operativa. En este plano, el proceso de descentralización de la provincia de Santa Fe encuentra un serio escollo, habiéndose decidido -vía normas legales aún en proceso de sanción- que el mencionado 30% correspondiente al personal se distribuya exclusivamente en función de la asistencia (número de horas trabajado incluyéndose todos los estamentos de los hospitales⁶⁴) en desmedro de indicadores de dedicación y productividad. Ello significa que no existe relación alguna entre mayores niveles de eficiencia de la mano de obra y las remuneraciones adicionales captadas por este sistema. De esta forma, para una parte sustantiva del componente del gasto -el referido a personal-, el proceso de descentralización no tiene ningún mecanismo concreto que redunde en mejoras en productividad.

b) Avances en la implementación y resultados preliminares

Debido a lo reciente de la experiencia sólo es posible brindar algunas referencias generales y la específica identificación de los principales problemas operativos y de logros parciales. Cabe tener en cuenta además, que la conducta observada en los casos descentralizados está teñida por otros factores de corte general no relacionados estrictamente con este proceso.⁶⁵ En base al análisis de un número acotado de hospitales incluidos en el proceso de

descentralización de los datos del Cuadro 13 surgen distintos aspectos referidos a su evolución reciente.⁶⁶ Se han analizado cinco hospitales públicos que ingresaron a este proceso en los últimos años. Estos casos son relevantes porque: i) son los referentes obligados por calidad en sus áreas de influencia; ii) controlan el 19% de las camas disponibles del sector público (incluidos los SAMCO y el sector municipal de Rosario); iii) contribuyen con el 13% al total de las consultas efectuadas en 1995; y iv) aportaron el 25% de los egresos del sistema público en igual año.

Inicialmente se destaca que el número de consultas a pacientes ambulatorios sin identificar (si es primera o segunda vez) tiene un comportamiento positivo: en algunos casos los registros crecieron por encima del 40%. No obstante, existen divergencias entre los hospitales analizados por razones puntuales (conflictos salariales en determinados años, apertura/cierre modificación de establecimientos afines). Los establecimientos más relevantes exhibieron aumentos sustantivos -del orden del 15% anual- a lo largo del último bienio. Si bien este es un indicador relevante, no difiere de la evolución general -aumentos del 17% y del 9% en los últimos dos años- donde priman los SAMCO y los hospitales dependientes de la Municipalidad de Rosario.⁶⁷ Complementariamente se observa que los egresos -las altas de enfermos internados- presenta cierto dinamismo, en línea con un mayor uso de las camas y de la capacidad instalada. En este caso ello representa una mayor presión sobre una capacidad instalada fija, con la consiguiente mejora en los indicadores de productividad -incluso- de la mano de obra. Nuevamente, esta tendencia es congruente con lo ocurrido a nivel agregado: los egresos provinciales crecieron un 4% en 1994 y un 14% en 1995, mientras que si se considera su evolución desde 1991, el incremento supera el 30%.

A juicio de los directores de hospitales entrevistados es difícil establecer si lo observado en los hospitales descentralizados responde preponderantemente a: i) una política agresiva de *captación* de nuevos pacientes con el consiguiente ingreso monetario como respuesta al nuevo tipo de organización; ii) la gestión de nuevos directores iii) el ingreso "autónomo" de nuevos pacientes (independiente de su posibilidad de pago). Existe coincidencia en señalar que el proceso que aquí se estudia no ha sido el factor exclusivo y central de los cambios observados en los indicadores.

En otro orden, la captación de recursos adicionales es creciente en el tiempo en todos los casos analizados.⁶⁸ Su relevancia oscila entre un 5 a un 40% de los ingresos totales de los hospitales analizados. Sobre su evolución y forma de distribución, aparecen varios aspectos destacables:

- en los casos analizados, la percepción de ingresos responde en su casi totalidad a la posibilidad de cobrarles a terceros pagadores de pacientes que ya se atendían en los hospitales previo a la autonomía (anteriormente no existían instrumentos legales de capturar esos recursos); por el contrario, no se han relevado casos donde el hospital tome una actitud activa de conseguir nuevos pacientes en pro de aumentar ingresos y mejorar su eficiencia conjunta, apuntando a segmentos poblacionales con mayor capacidad económica;

Cuadro 13
INDICADORES DE ALGUNAS INSTITUCIONES BAJO PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

	1991		1992		1993		1994		1995	
	Valor	Indice	Valor	Indice	Valor	Indice	Valor	Indice	Valor	Indice
Caso 1 (1)										
Egresos	9,790	100	10,023	102.4	10,171	103.9	10,108	103.2	14,498	148.0
Consultas	107,09	100	120,263	111.6	106,096	98.4	115,006	106.7	145,609	135.1
% de Ocupación	61.6	100	63.8	103.6	66.7	108.3	64.8	105.2	78.8	127.9
Giro Camas	40.3	100	42.4	105.2	44.1	109.4	48.4	120.1	59.4	147.4
Presupuesto Provincial*	s/i	...	1,195	100	1,084	90.7	1,156	96.7	1,267	106.0
Recursos Adicionales	s/i	...	110	100	390	354.5	495	450.1	589	535.5
Caso 2 (2)										
Egresos	3,855	100	4,432	115.0	4,345	112.7	4,679	121.4	5,400	140.1
Consultas	134,996	100	136,852	101.4	127,537	94.5	127,935	94.8	120,793	89.5
% de Ocupación	77.6	100	70.5	90.9	67.3	86.7	68.9	88.8	79.3	102.2
Giro Camas	48.5	100	46.6	96.1	45.8	94.4	49.2	101.4	58.6	120.8
Promedio diario Egresos	10.6	100	12.1	114.2	11.9	112.3	12.8	120.8	14.8	139.6
Presupuesto Provincial*	s/i	...	s/i	...	112	100	128	114.3	145	129.5
Recursos Adicionales	s/i	...	s/i	...	5	100	20	400.0	43	860.0
Caso 3 (3)										
Egresos	4,425	100	4,373	98.8	4,741	107.1	5,356	121.0	5,442	123.0
Consultas	133,460	100	152,530	114.3	127,387	95.5	122,776	92.0	134,269	100.6
Presupuesto Provincial*	s/i	...	s/i	...	s/i	...	590	100	636.9	108.0
Recursos Adicionales	s/i	...	s/i	...	s/i	...	5.8	100	15.5	267.2
Caso 4 (4)										
Egresos	6,013	100	6,075	101.0	5,701	94.8	6,386	106.2	6,458	107.4
Consultas	84,479	100	104,537	123.7	98,753	116.9	111,477	132.0	124,251	147.1
Caso 5 (5)										
Egresos	4,936	100	5,458	110.6	5,978	121.1	6,490	131.5	7,694	155.9
Consultas	136,526	100	154,466	113.1	128,170	93.9	145,723	106.7	157,485	115.4
Total provincia										
Egresos	118,440	100	128,378	108.4	134,351	113.4	139,953	118.2	159,721	134.9
Consultas	3,477,846	100	4,040,091	116.2	4,535,775	130.4	4,949,272	142.3	5,799,555	166.8

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas e información secundaria.

Notas: (1) Hospital de media complejidad, 240 camas; 6 horas diarias de ambulatorios; 906 personas ocupadas. Descentralizado desde 1992.

(2) Hospital de media y alta complejidad, 95 camas, 16 horas atención pública, 420 personas, descentralizado desde 1994.

(3) Hospital de media y alta complejidad, 170 camas, 6 horas atención a pacientes ambulatorios, 895 personas, descentralizado desde 1994.

(4) Hospital de media complejidad, descentralizado desde 1993, 135 camas. Descentralizado desde 1993.

(5) Hospital de media y alta complejidad. Hospital universitario. 250 camas. Descentralizado desde 1993.

(*) Los recursos son valores estimados en miles de pesos por mes.

- la relevancia de los ingresos adicionales es altamente diferencial entre hospitales de acuerdo tanto con las condiciones de éstos (capacidad, excelencia, ubicación, grado de complejidad, etc.), como con el posicionamiento que tienen en el radio de acción en que operan. Así, hospitales ubicados en zonas de menores ingresos con una fuerte carga de trabajo y equipamientos de media o baja complejidad aparecen en desventaja respecto de otros de mayor complejidad que funcionan como referentes incluso a nivel privado. Nótese que esto introduce grados de inequidad entre hospitales y sus zonas de influencia;
- del análisis de la actual cartera de clientes a los que el hospital puede cobrarles los servicios, surge una alta participación de otras instituciones públicas -obra social provincial, PAMI, etc.- o semipúblicas -algunos sindicatos de menor jerarquía-. En definitiva se trata de fondos públicos o captados por las obras sociales sindicales menos ricas que se redireccionan hacia los hospitales descentralizados, cuya dinámica futura queda indisolublemente ligada a la marcha de los presupuestos públicos. No existen vinculaciones contractuales con sistemas de prepagos privados o con pacientes privados. En otros términos, el hospital descentralizado no ha ingresado aún a la zona de captación de pacientes de ingresos medios o altos donde el sector privado encuentra su base de sustentación; por el contrario, se articula con otros estamentos públicos donde los criterios de facturación se guían por los nomencladores habituales,
- del análisis de la magnitud de los recursos adicionales captados y de la composición del gasto total (80% salarios), como del mecanismo de distribución de los fondos adicionales (30% a distribuirse de acuerdo con la escala vigente), surge que el impacto sobre los salarios es escaso.⁶⁹ De esta forma, si se considera que, por un lado, no existe una normativa que relacione los aumentos salariales con mayor productividad y, por otro, que los sobresueldos no son de magnitud suficiente como para modificar la conducta de los agentes, los impactos de las medidas son aún limitados. En todo caso, quedan acotados a mejoras aplicables sobre el 20% del gasto restante -compra de insumos y/o provisión de aparatología-.

En otro orden, y coincidente con el perfil general que adopta este proceso en lo referido a la mano de obra, no han variado aún los horarios de atención al público; en general se trata de unidades operativas que atienden consultorios externos durante 6 horas. Solamente en internación y guardias el sistema opera a tiempo completo.

En los cinco casos analizados, se pueden identificar claramente sectores y/o actividades donde los hospitales podrían ser altamente competitivos en el mercado. A juicio de los responsables de las instituciones, ello aún no se ha instrumentado por diferentes razones. En primer lugar, existe una gran carencia de habilidades administrativas y organizacionales al interior de las unidades descentralizadas. Existen *áreas* con fortalezas técnicas -y en algunos casos en equipamiento- y simultáneamente no hay mayor soporte informático, de control y de administración para usufructuarlas bajo la lógica del mercado. En segundo lugar, no existe una percepción profesional sobre la posibilidad de que

actividades complementarias internas redunden en mejoras sustanciales; por el contrario, ubicadas estas unidades productivas en espacios acotados, los profesionales no cuentan con mayores incentivos para "ofrecer" desde el sector público servicios al sector privado (donde, en muchos casos, desarrollan en el resto de su tiempo las actividades complementarias). En tercer lugar, comienzan a evidenciarse presiones de sectores privados relacionados con la prestación de servicios colaterales a los hospitales para participar en los mecanismos de captación de remuneraciones adicionales. De manera similar, algunos pre-pagos locales comienzan a manifestarse contrarios a una competencia con los hospitales públicos por la captación de clientela privada (aduciendo competencia desleal).

De esta forma, el análisis de los primeros pasos de la descentralización indica que las unidades que más han profundizado el proceso avanzan lentamente mejorando algunos aspectos de su eficiencia; a juicio de los entrevistados ello podría rápidamente incrementarse con una mayor autonomía en las decisiones referidas a personal, aunque son conscientes que esto demandaría una fuerte reestructuración organizacional interna.⁷⁰

Finalmente cabe señalar que si bien el esquema descentralizador implementado -aun con sus limitaciones- tiende a mejorar la eficiencia operativa, no es claro aunque ello vaya acompañado ineludiblemente por una mayor equidad del sistema. Existen en este plano tendencias divergentes.

Por un lado, el modelo ha permitido -aunque marginalmente- que los hospitales capten cierta capacidad contributiva de pacientes que previamente se atendían gratuitamente a pesar de contar con otras coberturas asistenciales. Ello ocurre en la medida que los hospitales descentralizados logran cobrarles a las terceras instituciones los servicios por los pacientes que atienden. El esquema previamente tiene ciertos límites, dado que los terceros pagadores corresponden mayoritariamente también a instituciones públicas presionadas por el ajuste.

Por otro lado, las características del modelo de descentralización, como las limitaciones de los propios hospitales -organización, capacidad de los recursos humanos, etc.- no aparecen como plenamente compatibles con un sistema que mejore sustancialmente la equidad a partir de la siguiente lógica: captación de pacientes adicionales con capacidad contributiva a fin de subsidiar con ello una mejor y más amplia cobertura de pacientes con bajos recursos. En este caso, la unidad hospitalaria operaría como agente de redistribución con criterios propios. En los casos analizados todo indica que los hospitales siguen operando con la lógica asistencialista tradicional sin mayor capacidad de efectuar -valiéndose del mecanismo de descentralización- la traslación de recursos viabilizados hacia mayor y mejores coberturas para los carenciados. Al respecto, cabe recordar que: i) las mejoras de productividad funcionan con los mismos horarios de atención, esto indicaría que no se ha ampliado la capacidad de cobertura hacia nuevas capas sociales; ii) el sistema de sobresueldos no contienen mecanismos de incentivo explícitos que tengan ese objetivo; y iii) los ingresos adicionales provienen en su casi totalidad de segmentos poblacionales medios o bajos, con lo cual el esquema es -eventualmente- de redistribución entre los estadios menos favorecidos de la sociedad.

Finalmente, cabe señalar que hay una gran variedad de situaciones referidas al grado de competitividad que puedan tener intrínsecamente los diversos hospitales en su acción por captar recursos del mercado. En ese sentido, las unidades más modernas están mejor posicionadas que las antiguas y de mayor dimensión que, además, están ubicadas en zonas de escasos recursos. Ante la posibilidad de captar recursos adicionales, es altamente probable que a futuro se generen situaciones diferenciales que favorezcan algunas unidades en desmedro de otras, incidiendo negativamente en la equidad del sistema en su conjunto.

VI. REFLEXIONES FINALES

De acuerdo con las recomendaciones de la teoría del federalismo fiscal, los programas de reforma destinados a descentralizar el gasto público en salud se llevan a cabo con el objeto de lograr un uso más eficaz de los recursos, mediante una mejora en los incentivos para los administradores y el acceso de la población a los mecanismos de control. Al mismo tiempo, las mejoras en la equidad del acceso a los servicios provistos por el Estado y su efectiva operación requieren la existencia de políticas globales relacionadas con el sector, en el marco de cada esquema particular de federalismo.

Precisamente, en la Argentina, el primer límite que presenta el proceso analizado se vincula con el peso de aspectos histórico-institucionales en la definición de aquel esquema. En ese sentido, en el capítulo II del presente documento se pudo comprobar que el diseño de las relaciones financieras entre la Nación y las provincias no presenta mecanismos claros y explícitos para atender cuestiones de equidad ni el financiamiento de políticas compensadoras en el campo de la salud. A su vez, en el capítulo III, se ha explicado que en ese sector el desarrollo de su provisión pública no ha presentado una trayectoria lineal en busca de mayor grado de descentralización. Por el contrario, se han podido identificar períodos donde las reformas han sido orientadas por la búsqueda de un modelo centralizado. Ciertamente, a lo largo de las últimas cuatro décadas, han predominado los avances hacia una salud pública con un mayor grado de descentralización. Es así que en la actualidad el Presupuesto de la Administración Nacional destina sólo el 2.4% de sus erogaciones a la salud.

Sin embargo, el análisis del tema no puede quedar restringido al área específica del sector público. En la organización del sistema de salud argentino cobra suma importancia la presencia de un sistema de seguridad social en manos de instituciones denominadas "Obras Sociales". Estas, que se financian mediante cargas sobre la nómina salarial establecidas por ley de la Nación, están mayoritariamente en manos de los sindicatos de cada rama de actividad, y fuera de la estructura del sector público. En efecto, en esas cuatro décadas donde el gasto público pasó sustancialmente a los gobiernos provinciales y municipales, el gasto en salud de las obras sociales (alrededor de la tercera parte del gasto total en la materia) se organizó alrededor de instituciones con alto grado de centralismo. Adicionalmente, la actividad privada recibió un fuerte impulso al desarrollarse como subcontratista de la seguridad social. A partir de esta realidad, el análisis del reciente proceso de descentralización de salud necesariamente debe considerar los efectos de los cambios operados en el subsistema de las obras sociales y las transformaciones del sector privado. Al seguir esta línea de análisis, se puede argumentar que la organización que prevaleció en el sector, tomado en su conjunto, ha mostrado a lo largo de su evolución

serios problemas de equidad y eficiencia, cuyo análisis exhaustivo queda más allá de los alcances del presente documento.

Volviendo al gasto público, los procesos de descentralización, que tuvieron lugar entre fines de los años setenta y principios de los noventa, no han presentado como motivación central la búsqueda de niveles crecientes de eficiencia y equidad. Por el contrario, como fuera analizado en el capítulo III del presente informe, han obedecido a la presión que la Nación ha ejercido con el objeto de modificar en su favor la relación financiera con los estados subnacionales (provincias y municipios). Esto determinó la ausencia, por parte del gobierno nacional, de mecanismos de coordinación, búsqueda de mayor eficiencia y políticas tendientes a favorecer la equidad, en el marco de un programa que facilite las múltiples facetas que involucra un proceso tan complejo como es el de la plena descentralización en las áreas sociales. Como se señaló, el reducido monto de gasto público nacional en salud ilustra acerca del débil vínculo de apoyo a las provincias mediante los programas asistidos desde el nivel nacional. Estos no son determinantes del curso de las políticas provinciales, además el Estado Nacional no cuenta con capacidad técnica y económica para ejercer la supervisión del destino de dichos fondos.

Las provincias, en consecuencia, tienen autonomía para la definición de las políticas de su jurisdicción en la ejecución de programas y el funcionamiento de los establecimientos a su cargo. Ejercen el control de los diversos subsectores que llevan a cabo acciones de salud en sus territorios, involucrando el diseño autónomo de políticas y la legislación relacionada con los programas de lucha contra las endemias, campañas preventivas, el ejercicio profesional, mecanismos de acreditación y habilitación de efectores, educación sanitaria, programas materno infantiles y de nutrición, control de alimentos y saneamiento ambiental. No debemos olvidar, no obstante, que dicha autonomía en la conducción del sector en cada territorio encuentra su límite en su incapacidad para ejercer su influencia sobre el subsector de las obras sociales nacionales.

Como resultado de lo anterior, en materia de equidad los procesos analizados han mostrado serias deficiencias. Con relación a la equidad regional, no es posible detectar políticas nacionales que tiendan a disminuir las diferencias en las coberturas brindadas por cada provincia o municipio. Adicionalmente, a diferencia de lo ocurrido con la descentralización educativa, donde el proceso derivó en la sanción de una ley nacional tendiente a corregir algunos problemas de ese tipo (Carciofi y otros, 1996), en el caso de la salud no han existido iniciativas, desde la Nación, que consideren las inequidades que pudieran surgir. En cuanto a la equidad personal, el acceso de la población a los sistemas públicos de salud dependerá de la organización particular de cada jurisdicción y dentro de éstas, incluso, de los efectores finales.

Los diversos espacios receptores subnacionales -provincias y municipalidades- respondieron a las acciones de descentralización planteada desde la Nación con una amplia gama de respuestas. Los casos provinciales difieren sustancialmente no sólo en cuanto el grado de avance y profundización de la descentralización, sino también a la estructura prestacional y sus condicionantes sobre la cual se asientan estas medidas. Cabe señalar que,

inicialmente, el proceso es percibido más como una respuesta reactiva frente a decisiones exógenas que como una actitud generada endógenamente a nivel subnacional en la búsqueda de una mayor eficiencia y equidad. Adicionalmente, cada situación particular no depende solamente de las preferencias de la comunidad sino de otros factores entre los que se deben contar la disponibilidad de recursos, la operación de los restantes subsectores de la oferta de salud y, sin duda, los aspectos institucionales. Tal vez el ejemplo de la provincia de Neuquén sea un caso modelo de la autonomía con que pudo desarrollarse un sistema provincial de salud bajo una conjunción muy especial de los factores señalados. Por otra parte, los restantes casos referidos ilustran sobre la variedad de soluciones que pueden ser detectadas en el amplio abanico de posibilidades que surgieron en un marco bastante anárquico.

Sumado a estos aspectos, existen múltiples puntos de partida en las distintas experiencias, dado por el estado -en términos de recursos humanos y de equipamiento- inicial de las unidades operacionales. En un extremo, pueden ubicarse casos donde el grueso de la infraestructura prestacional es relativamente nueva y por lo tanto no enfrenta problemas edilicios o de equipamiento (caso Mendoza, como provincia o el hospital Garrahan como experiencia microeconómica); en otros, en cambio, la infraestructura inicial tiene serias deficiencias, con lo cual la funcionalidad de la descentralización como herramienta de mejora tiene problemas adicionales. También tiene influencia el contexto socioeconómico en que se desarrolla cada caso. Por ejemplo, la descentralización en zonas -como los SAMCO del centro de Santa Fe- de desarrollo económico intermedio tiene distintos resultados respecto de otras experiencias efectuadas en zonas carenciadas. Todos estos aspectos ponen en tela de juicio desde sus inicios, elementos que a posteriori afectarán tanto la eficiencia como la equidad de este proceso de descentralización. Plantea, desde ya múltiples heterogeneidades a nivel de efectores finales. A menudo el sistema vigente resulta de la acumulación de experiencias materializadas en distintos momentos históricos y con rasgos diferenciales. El caso especial de la Provincia de Santa Fe es paradigmático. Por un lado, en la experiencia de mayor alcance -los SAMCO- revelan algunos problemas asociados a estas modalidades de organización, el peso del sector privado y el papel regulador que desempeña el sector público. Por otro, la implementación de un nuevo proceso de descentralización además de los problemas intrínsecos, plantea la necesidad de articulación con las experiencias previas.

Realizando una visión de conjunto, las distintas experiencias provinciales y microeconómicas, se destaca la gran complejidad en la instrumentación de este tipo de medidas. No se trata de la puesta en marcha de una serie de conceptos generales de rápida aplicación cuyos resultados se pueden percibir a corto plazo sino de un largo proceso de *construcción institucional* de múltiples facetas. Este proceso replantea tanto el funcionamiento y estructura de la autoridad de aplicación -los gobiernos nacionales o provinciales- como de la cultura de funcionamiento microeconómica de los diversos estamentos que conforman los hospitales, siendo necesario un período largo de reconfiguración institucional. Los casos de Mendoza y Santa Fe dan cuenta de ello.

La noción de proceso respecto de la instantaneidad en la aplicación de estas medidas aparece cuando se advierte que en varios de los casos analizados, el tema de la descentralización, visto desde la óptica de los efectores finales, es percibida como una imposición exógena sin un grado previo de preparación y, a menudo, sin un marco secuencial de medidas a mediano y largo plazo. Ello deriva, por ejemplo en el caso de Santa Fe, en la toma de medidas de descentralización -traspaso de las administraciones, posibilidad de facturación, etc.- sin que, en algunos casos, las unidades receptoras estén preparadas técnica y conceptualmente para llevarlas a cabo. Como resultado el proceso, luego de cierto avance inicial, ingresa a una etapa de menor dinamismo en la implementación, dada la aparición de problemas cuya solución debía haberse previsto con anterioridad (falta de recursos humanos capacitados para las nuevas formas de gestión, etc.).

Desde la visión de los efectores finales la descentralización implica un verdadero cambio de cultura organizacional. El tema es clave, dado que en este espacio se *construye* y dirime buena parte de la eficiencia y equidad del sistema. El análisis de los casos señala la existencia de algunos aspectos centrales en esta temática:

Las condiciones iniciales de la infraestructura hospitalaria. La existencia de facilidades productivas en buenas condiciones desplaza el problema de la escasez al del uso racional e intensivo de los equipos, impulsando adicionalmente los procesos de descentralización. Pone en evidencia, además, la necesidad de contar con normas más ágiles de funcionamiento y fortalecer el uso eficiente de recursos al eliminar el problema de la disponibilidad mínima de equipamiento. De no contar con facilidades operacionales adecuadas iniciales, el proceso de descentralización basado estrictamente en la captación de recursos adicionales para equipar al hospital tiende a no generar incentivos adicionales a su eficiente operación.

La relación entre las áreas descentralizadas y el poder central. Si el poder central cede el control de las compras, los nombramientos de personal y el sistema de facturación, debe necesariamente replantear su esquema organizacional a fin de controlar -vía resultados- el accionar de las unidades bajo su órbita. Las experiencias analizadas indican que se ha producido un desplazamiento del objeto de control y sus formas de operacionalizarlo. En esa dirección, comienzan a tener cierta validez, por ejemplo, los presupuestos por programas. Se ha centrado, además, el eje del control hacia los temas de calidad de las prestaciones y pertinencia en términos de atención a carenciados.⁷¹

La estabilidad de los presupuestos. El traspaso de algunas decisiones desde el gobierno central pone en el centro del escenario a quienes conducen al hospital.⁷² La posibilidad de contar con recursos adicionales tiene como contrapartida un alto nivel de responsabilidad de la dirección de la institución en áreas nuevas. En este contexto, para este individuo y su equipo, cualquier esfuerzo hacia la descentralización tiene como requisito ineludible el mantenimiento de los niveles de recursos económicos recibidos por el hospital con anterioridad (o al menos alguna reglamentación que contenga mecanismos mínimos de estabilidad presupuestaria)⁷³.

Recursos adicionales y sistemas de reparto. Existen dos aspectos a considerar en la distribución de los fondos adicionales: la relación entre los entes provinciales y los efectores finales y la forma en que éstos distribuyen internamente los mayores ingresos. Sobre este último aspecto -que define en gran medida los efectos de los cambios analizados- se han identificado varias alternativas:

- a) Los porcentajes de reparto entre equipamiento y otras necesidades versus mejoras salariales. En los casos examinados existe una tendencia a asignar porcentajes similares a ambos destinos; en algunas experiencias dicha decisión está implícita en las normas de financiación de los hospitales que permite recaudaciones adicionales; en otras, en cambio, es de exclusividad de los mecanismos internos de representación de cada hospital. De cumplirse esta alternativa, existen tantos procesos de descentralización como formas de gobierno internas existan en los hospitales.
- b) La regla de reparto como "plus" salarial entre los diversos estamentos salariales. Varios son los temas que aparecen como posibles desde la perspectiva de la implementación de este mecanismo:
 - Sistema de reparto idéntico para todos los agentes del hospital;⁷⁴
 - Sistema de reparto diferencial según la categoría del personal. Esta posibilidad diferencial abre las puertas a excluir/incluir determinados estamentos del personal en el sistema de estímulos.⁷⁵
 - Sistemas de reparto por productividad;
 - Sistemas mixtos con base en combinaciones de los criterios previos.

Estos aspectos, tienen, sin duda, efectos sobre la eficiencia en la asignación de los recursos. En ese sentido, el establecimiento de criterios que relacionen el pago de sobresueldos con la productividad aparece como requisito básico en procura de un mejor uso de los recursos.

Criterios de equidad. Los aspectos referidos al manejo de los ingresos adicionales, no son neutros desde la perspectiva de la equidad, toda vez que la unidad prestacional se constituye en uno de los ámbitos donde pueden efectuarse procesos de redistribuciones. Inicialmente el sentido general es que los mayores ingresos desde pacientes con capacidad de pago pueden destinarse a la ampliación (y/o mejora) de la cobertura de otros con menores posibilidades económicas. Cabe señalar que, como se ha expresado previamente, los aspectos de equidad no se resuelven exclusivamente en la operación de cada unidad, sino que responden también al funcionamiento agregado del sistema de salud.

La posibilidad de captar recursos adicionales genera tensiones adentro de la institución que afectan, en varios sentidos, el acceso de los distintos estamentos poblacionales a los servicios y, por lo tanto, deben ser contempladas en la regulación del sector. Inicialmente y de acuerdo con las experiencias analizadas, pueden generarse tendencias al desplazamiento de la atención de pacientes habituales (que usaban el servicios

sin pago alguno) hacia aquellos que aportan recursos adicionales.⁷⁶ En segundo término, existen tensiones adicionales cuando se sobrecarga el hospital con pacientes habituales y se reducen los ingresos adicionales. Por último, también aparecen tensiones cuando se acerca al límite prestacional y los agentes tienden a restringir el ingreso de nuevos prestadores dado que ello reduce la nómina a repartir, pudiendo ir en desmedro de la calidad prestacional.

Los límites funcionales de la descentralización. Las experiencias exitosas indican que, si el proceso de descentralización avanza y tiene como punto de partida una adecuada infraestructura, la introducción de reglas de mercado introduce una nueva posibilidad que el hospital público aspire -para determinados grupos- a operar como un sistema prepago en abierta competencia con otros prestadores.⁷⁷ Si, además, las normas de control de calidad impuestas por el Ministerio de Salud resultan en un buen estándar prestacional, el hospital descentralizado puede visualizarse como competidor del sector prestador privado. Necesariamente ello deriva en la necesidad de una decisión política ex-ante respecto a los límites de actividad de los hospitales (aunque éstos cumplan inicialmente con el requisito de atender a toda la población).

Cada uno de estos aspectos afecta la evolución de los indicadores de las unidades prestacionales hacia las que se deriva la decisión cotidiana en el marco de un proceso de descentralización. En términos de eficiencia, las diversas experiencias provinciales y microeconómicas locales indican que se han logrado algunas mejoras operacionales. En efecto, los procesos de descentralización aplicados a la administración, el sistema de suministro y la posibilidad de efectuar contratos prestacionales (afectando con ello el grado de integración de los hospitales) ha mejorado -con distintas intensidades- el sistema prestacional. Sin embargo, en todos los casos existe una asignatura pendiente, cual es el manejo pleno de los recursos humanos por parte de las direcciones de los hospitales. Por diversas razones -desde las trabas legales que centralizan los sistemas salariales a nivel de la provincia, hasta las debilidades operacionales de las unidades receptoras- no se ha descentralizado este importante aspecto con lo cual el proceso es aún imperfecto. Si a ello se le suma que el pago de los sobresalarios sustentado por las recaudaciones adicionales no guarda, en la mayoría de los casos, relación con mayores productividades, estamos en presencia de experiencias donde no existen incentivos concretos para mejorar el desempeño operativa. En otros términos, no existen condiciones plenas para aseverar que el proceso de descentralización microeconómica cuente con incentivos suficientes que varíen sustancialmente los indicadores de productividad de la mano de obra.

Una visión general sobre los temas de equidad tiene varios matices. El esquema descentralizador al mejorar los niveles de eficiencia, permite una mejor utilización de recursos que, teniendo como destinatario las capas sociales más bajas, inicialmente indicaría una mejora respecto de la situación original. Sin embargo, bajo los parámetros que se ha desarrollado este proceso en el caso local, existen varios problemas. Debido a la conformación estructural del proceso, no hay evidencia de que la unidad hospitalaria descentralizada esté operando como captador de recursos adicionales de estratos superiores para volcarlos a una mejor y más amplia cobertura de los estratos poblacionales de menor recursos. Por el contrario, todo indica que los recursos adicionales provienen también de

sectores medios o bajos (o de sus estructuras de cobertura prestacional). En otros términos, la posibilidad de arancelar de los hospitales ubicados en zonas marginales deviene en un círculo de redistribución entre estamentos de bajos ingresos. En esa dirección, los grados de inequidad se incrementan al considerar que el mecanismo desemboca en grados diferenciales de captación de recursos adicionales de acuerdo con el tipo de hospital, la ubicación y su posicionamiento técnico-edífico. No existen mecanismos de redistribución solidaria en ninguna de las experiencias analizadas que permitan corregir estos aspectos, sumándose a las carencias que en este sentido caracteriza el esquema fiscal argentino.

En síntesis, el análisis del caso argentino y sus múltiples variantes indica que la descentralización aplicada al campo de la salud es un complejo proceso que excede ampliamente a los aspectos estrictamente financieros que habitualmente dominan el mecanismo de toma de decisiones en este campo. Si el objetivo final es avanzar en términos de equidad y eficiencia, la instrumentación microeconómica requiere de un aceitado proceso de aprendizaje institucional bastante alejado de los ajustes automáticos vía mercado. Demanda, además, una activa participación del aparato público provincial en materia de regulación y control. Además, parte de las distorsiones -en términos de equidad y eficiencia- ubicadas a nivel regional requieren una definición de una política a nivel nacional.

Notas

1. Carciofi y otros (1996), p. 22.
2. Este tema ha sido tratado en Carciofi y otros (1996), capítulo III. También puede consultarse Porto y Sanguinetti (1993).
3. Inciso 1 del artículo 75 de la Constitución Nacional.
4. En Porto y Sanguinetti (1993), cuadro 14, se observa la distribución de funciones por nivel de gobierno, en promedio, en el período que va de 1985 a 1991.
5. El gasto público (así como las transferencias recibidas desde la Nación) por habitante muestra una gran dispersión entre las diferentes jurisdicciones. Sin embargo, ello no puede ser atribuido de manera central a la estructura de financiamiento. Debe considerarse que el territorio argentino está formado por jurisdicciones de muy variada densidad poblacional, lo que determina la necesidad de diferentes niveles de gasto por habitante. A modo de ilustración se puede señalar que en 1995 cuatro de las cinco provincias que presentaban los más altos niveles de ese indicador (entre 4,100 y 2,000 pesos) pertenecen a la región patagónica (de muy baja densidad poblacional), son ellas: Tierra del Fuego, Santa Cruz, Neuquén y Chubut; la restante era La Rioja. Con niveles intermedios (entre 1,650 y 1,000 pesos) se encontraban las provincias de La Pampa, Catamarca, Formosa, San Luis, Río Negro, San Juan, Jujuy y Entre Ríos. Las restantes jurisdicciones gastaron entre 900 y 700 pesos por habitante, a excepción de la Provincia de Buenos Aires, la de menor nivel de gasto por habitante: 592.

6. No obstante, para un desarrollo exhaustivo de estos aspectos puede ser consultado en Porto y Sanguinetti (1993), Cetrángolo (1994) y Cetrángolo y Jiménez (1995 y 1996a).
7. En aquel año el sistema estaba constituido por tres leyes diferentes (leyes 12 139, 12 143 y 12 147) que establecían la distribución de los impuestos internos, ventas y créditos, respectivamente. Desde la sanción de la ley 23 548, en 1988, el régimen incluye todos los impuestos nacionales existentes o a crearse, a excepción de los derechos de importación y exportación; los tributos cuya distribución está prevista en otros regímenes, y aquellos con afectación específica al momento de promulgación de esta norma, cumplido el objetivo de su creación se incorporarán al esquema.
8. Sin embargo, el análisis de la participación del monto de recursos destinados a las provincias en el total de ingresos tributarios recaudados por la Nación no muestra una evolución ascendente desde 1935 debido a los fuertes cambios de la estructura tributaria argentina a lo largo del tiempo. En muchos períodos, creció más rápidamente la recaudación de los tributos que quedaron afuera del esquema de coparticipación y se destinan totalmente a la Nación. En especial, se debe marcar la evolución de los recursos del comercio exterior y de las cargas sobre la nómina salarial. Véase Cetrángolo y Jiménez (1995).
9. Este tema ha sido analizado en Carciofi y otros (1996).
10. De acuerdo con su artículo 15, esta ley debía regir hasta el 31 de diciembre de 1989. Su vigencia se postergaría de manera automática ante la inexistencia de un régimen sustitutivo.
11. Esta nueva norma implicó importantes modificaciones en las distribuciones primaria y secundaria de recursos. En el primero de los casos el porcentaje a distribuir a las provincias resulta el más alto desde 1935; se expandió la lista de impuestos incorporados a la masa coparticipable; se puso un límite máximo al uso de los denominados aportes del Tesoro Nacional, y, se determinó un límite mínimo a los recursos que recibirían las provincias por coparticipación, equivalente al 34% de la recaudación de los tributos nacionales de la administración central. Con relación al reparto secundario, la principal diferencia con la ley 20 221 es el abandono de todo criterio explícito para el establecimiento de los coeficientes de distribución. Véase Cetrángolo y Jiménez (1995).
12. Véase Cetrángolo y Jiménez (1995 y 1996a). Para este tema también puede ser consultado Porto y Sanguinetti (1996).
13. En el cuadro se presentan, asimismo, las relaciones entre esos indicadores y la cantidad de habitantes de cada jurisdicción. No obstante, debe aclararse que las mismas no deben ser utilizadas en las comparaciones interjurisdiccionales ya que están fuertemente influidas por las diferentes extensiones geográficas de cada jurisdicción y debido a que la población de cada una de ellas no se atiende de manera exclusiva en sus respectivos establecimientos. El caso de la Capital Federal es un ejemplo muy claro de esas dificultades.
14. Véase Flood y otros (1994).
15. En esquemas organizacionales similares a las Health Maintenance Organization (HMO's) americanas.

16. Algunas veces, se recomienda el uso de la "teoría del principal-agente" para el análisis de los procesos de descentralización, asimilándolos a la regulación de monopolios privatizados. Para ello se requiere que una de las partes (el agente) actúe como representante de la otra (el principal), que ambas tengan objetivos diferentes y que, a su vez, la información entre ellas sea asimétrica. En el caso argentino, la descentralización difícilmente puede interpretarse bajo este marco teórico dada la autonomía provincial en la materia y el carácter de "devolución" (traslado a los gobiernos subnacionales de la toma de decisiones) que tuvo el proceso, en especial en el caso de la salud. Más aún, como se verá, resulta difícil descubrir en el gobierno central una función objetivo diferente a la descentralización misma. Para un desarrollo de este enfoque puede consultarse Ross, S. (1973) y Ferris y Winkler (1990).
17. Esta periodización de la evolución del sistema de salud argentino sigue, con algunas modificaciones, la presentada en Katz y colaboradores (1993) y Arce (1993).
18. Este período, que abarca una década durante la que la presidencia de la Nación estaba en manos de Juan D. Perón (1946-1955), se encuadra en el marco de un cambio socio-político interno de magnitud, donde se resalta el papel del Estado. A ello se suma un nuevo contexto externo donde aparecen los sistemas nacionales de salud -el caso paradigmático de Gran Bretaña-, una preocupación generalizada por los temas sociales relativos a la acción estatal -el estado benefactor- y la aparición de sistemas referenciales supranacionales -como la Organización Mundial de la Salud (OMS).
19. Véase Arce (1993), pág. 133.
20. Estos consejos formaban parte de una lógica común que se replicaba en otros ámbitos -Consejo Federal de Educación, Consejo Federal de Inversiones, etc.- que intentaban volver a un sistema más federal con cierto grado de coordinación general.
21. A pesar de la creación de un ente coordinador -el Instituto Nacional de Obras Sociales-, la génesis del sistema como su autonomía económico/financiera, así como su peso político no pudo evitar la superposición prestacional, la mala asignación de recursos y cierta ineficacia en el gasto.
22. Partiendo de la existencia de avances privados en el campo prestador, la consolidación de las obras sociales tampoco fue neutra en este aspecto. Con distintas intensidades regionales y teniendo en cuenta varias obras sociales -especialmente las de menor porte- optaron por subcontratar algunas prestaciones, ampliándose simultáneamente la capacidad instalada del sector privado. Ello significó, por un lado, el comienzo de la división entre financiadores y prestadores, y, por otro, estableció una fuerte dependencia financiera entre el sector público y el privado (Block y Belmartino, 1993).
23. Boletín Oficial del 2-11-78.
24. Véase Presman (1992).
25. A estos aspectos locales cabe sumar otros también verificados a nivel internacional: el mayor costo asociado con la introducción masiva de aparatología médica (que debe amortizarse rápidamente), el envejecimiento poblacional que recarga las

- demandas del sistema; nuevas patologías (u otras ya superadas que reaparecen como efecto indirecto de los procesos de ajuste de la economía, etc.).
26. Para un análisis general de esta legislación véase Mera (1988). Los aspectos relacionados con la descentralización se discuten en Mera (1989).
 27. Boletín Oficial del 30 de diciembre de 1991.
 28. Asimismo, mediante la ley 24 049 se había establecido la transferencia de establecimientos educativos.
 29. Cámara de Diputados de la Nación, Trámite Parlamentario No. 95, Buenos Aires, 13 de setiembre de 1991.
 30. Este tema fue desarrollado en el documento anterior de este proyecto destinado a analizar la descentralización en educación. Véase Carciofi y otros (1996).
 31. El mecanismo adoptado para hacer cumplir esta cláusula presenta algunas complejidades que se deben tener en cuenta para su evaluación. En lo central, el conjunto de provincias cede a la Nación una porción de su masa coparticipable para atender a los servicios descentralizados, si el monto a distribuir supera cierta cantidad, y esos fondos son redistribuidos de acuerdo con el costo de los servicios recibidos por cada jurisdicción. En consecuencia, aun cuando no se establece el financiamiento de los servicios, esa redistribución beneficia a las provincias con mayor volumen de servicios transferidos.
 32. De todos modos, sería difícil encontrar argumentos en favor de la descentralización de la salud pública hacia los municipios, tanto en términos de eficiencia como de equidad.
 33. Paradójicamente, en un sistema centralizado desde una perspectiva fiscal, la Nación, en los años ochenta, inauguró hospitales de alta complejidad con una casi total descentralización microeconómica (fijación de salarios, mecanismos de dirección co-dirigidos, etc.).
 34. Mediante el decreto 578/93, el Poder Ejecutivo Nacional dispuso el marco normativo que reglamenta el funcionamiento de estos hospitales que actúan como organismos descentralizados de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción. Para un análisis de esta norma, véase PRONATASS (1994).
 35. Las transferencias por regalías se originan en la ley 17 139 que reconoce a las provincias productoras de petróleo y gas una parte de lo producido por el uso de un recurso natural no renovable.
 36. Entre 1970 y 1988 la tasa de mortalidad general pasó de 10.4 a 4.7 por mil; la de mortalidad infantil de 108.4 a 22.2 por mil; la de mortalidad de niños entre 1 y 4 años de 5.2 a 1.1 por mil, y la de mortalidad materna de 0.9 a 0.2 por mil. A su vez, la tasa de natalidad cayó de 34.7 a 30 por mil. Véase Gorosito y Heller (1993).
 37. Para un análisis exhaustivo de este sistema provincial, véase Gorosito y Heller (1993).
 38. Véase CIDES (1978).
 39. En IEFE (1995) se puede encontrar un análisis del financiamiento de la salud en los municipios más densamente poblados de la Provincia de Buenos Aires (Conurbano Bonaerense).
 40. "Se ha desvinculado la remuneración del médico del pago por acto médico, es decir no tiene que ver lo que haya producido el médico con lo que va a cobrar, en forma

- directa por lo menos, si es uno de los indicadores que se toma en cuenta para fijar su nivel de retribución; pero la retribución la fijan en función de un puntaje que ellos mismos se asignan anualmente" (Alvarez, 1995).
41. La tendencia es lograr convenios modulares donde los precios reflejen los costos de producción.
 42. Estos son similares e incluso superiores a los pagados en el sector privado.
 43. Del monto a repartir, un 30% es idéntico para todo el personal y el 70% se distribuye de acuerdo con la categoría del escalafón.
 44. Cada cátedra contaba con cierta autonomía, pero operaba disociada de una lógica general que las articulaba. A menudo, la preeminencia de una o un grupo de cátedras en la dirección favorecía el desarrollo de un área en detrimento del resto; distintas etapas "geológicas" de estas conductas condujeron a un crecimiento desbalanceado del hospital como unidad de producción.
 45. Los ingresos extrapresupuestarios se canalizaban a través de las donaciones -a menudo inducidas por las necesidades cotidianas de funcionamiento- en especies (sábanas, bisturís, etc.). Más allá del paliativo puntual que ello significaba, introducía problemas adicionales entre la forma de distribución interna de estos ingresos y su coordinación temporal ("sobran bisturís y faltan gasas en un sector y simultáneamente sobra/falta de todo en otro, etc.").
 46. Cabe mencionar además que la creciente percepción de ingresos extrapresupuestarios indujo a una reducción de las asignaciones presupuestarias (una reducción del orden de 10 millones de pesos anuales respecto a un presupuesto previo de poco más de 40 millones).
 47. En la zona sureste -integrante del denominado cordón industrial nacional- puede observarse una réplica a escala de lo ocurrido con el sector manufacturero argentino, esto es el desmontaje de las actividades que habían sustentado el desarrollo sustitutivo simultáneamente con el surgimiento puntual de cierto dinamismo en actividades ligadas a los recursos naturales y/o intensivas en capital con una alta concentración empresaria. Los casos paradigmáticos son la virtual desaparición de las actividades metalmecánicas y textiles y el desarrollo de algunas industrias básicas -acero y petroquímica- sumado a los enclaves exportadores de aceites. El centro y suroeste de la provincia, en cambio, tienen un perfil productivo claramente asociado a la producción agroalimenticia, actividad que ha sido recreada en función del nuevo modelo productivo que se está consolidando en la Argentina. Sobresalen tanto el desarrollo de la industria láctea y de otros alimentos como la agricultura (soja) y ganadería. Finalmente, el norte de la provincia responde a los típicos ajustes de las economías regionales que no se han podido sostener ante las nuevas condiciones macroeconómicas. En este caso, las mayores reducciones se verifican en la producción algodonera, de caña de azúcar y maderera, sustentadas anteriormente sobre explotaciones pequeñas; ello derivó en un fuerte proceso de emigración hacia el centro y sur de la provincia reforzado por idéntica tendencia pero originada en las provincias norteañas con problemas de economías regionales.
 48. Lamentablemente, desde hace más de una década la Argentina no cuenta con cálculos de PBG de las diferentes jurisdicciones con una metodología comparable con las cuentas nacionales. Por ello, el porcentaje antes señalado es meramente

- indicativo, no siendo posible arriesgar un valor aproximado del PBG per cápita para la provincia.
49. De acuerdo con el régimen anterior (ley 20 221), vigente hasta 1984, el mismo era 4.4%.
 50. En promedio, las provincias argentinas emplean 52 agentes por cada 1,000 habitantes. Solo Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y MCBA tienen una relación menor a la de Santa Fe.
 51. Se trata, cabe remarcarlo, de una estimación presupuestal del gasto público. No se cuenta con información fidedigna respecto del gasto total ya que no existe información respecto a dos componentes complementarios: a) el gasto -realizado por prestadores públicos- sustentado por aportes voluntarios efectuados por pacientes al sistema público; b) el gasto privado. Sobre el primero de los temas, el esquema gira en torno a la existencia de bonos de contribución no obligatorios que, en algunos casos, son percibidos por entidades prestadoras públicas. A fin de captar estos ingresos, existen diversas organizativas con distintas formas jurídicas -fundaciones, asociaciones sin ánimo de lucro, etc.- que captan estos fondos y luego los donan a los prestadores públicos. Por su naturaleza no tienen obligación de informar al ministerio público del ramo y como tal no aparecen en las cuentas oficiales. A partir de ello y dada la gran fragmentación de estas instituciones, no existen datos sobre la cuantía de tales recursos.
 52. Los niveles de remuneración promedio oscilan alrededor de los 650 pesos mensuales. Un director de hospital con obligación de cumplir 44 horas semanales de trabajo tiene una remuneración neta ubicada en el entorno a los 1,400 pesos mensuales, niveles sustantivamente inferiores a los vigentes en el sector privado.
 53. Detenta, a su vez, altas tasas de desempleo -estimadas en torno al 30% de la PEA- y un creciente proceso de asentamientos marginales en la periferia de las grandes ciudades. Se estima que en los alrededores de Rosario los asentamientos alcanzan a casi 300 mil personas, con una tasa de crecimiento del 10% anual. Demográficamente constituye el tercer núcleo poblacional de la provincia.
 54. Es un reflejo, entre otras razones, de una más equitativa distribución inicial de la tierra y el tipo de actividad económica desarrollada. Son unidades ubicadas en el entorno de las 100 has. dedicadas conjuntamente al agro, la ganadería y la lechería.
 55. Incluso algunas informaciones puntuales de hospitales revelan que en el Gran Rosario y en Santa Fe, aún teniendo cobertura de una obra social sindical, el usuario recurre al hospital público para evitar el pago de *plus* en su sistema de cobertura habitual.
 56. Aún así es dable observar la presencia de mutuales o pre-pagos regionales a nivel de prestaciones de media y baja complejidad que derivan hacia los centros -Santa Fe y Rosario- los casos de alta complejidad.
 57. Que cuenta con una estructura para tal efecto.
 58. Por ejemplo, SAMCO Venado, Tuerto y Rafaela tienen entre 350 y 400 egresos por mes, y un porcentaje de ocupación de poco más del 70%; mientras que otros casos (SAMCO San Justo y Vera) los egresos mensuales oscilan entre 180 y 200 con un uso de la capacidad ubicada en el entorno del 30%.

59. La idea de progresividad en la instrumentación de estas medidas se sustenta en varios aspectos. Por un lado, significa un cambio sustantivo en el sistema concebido inicialmente como fuertemente centralizado que requiere de profundas mutaciones culturales en los distintos estamentos que componen el sistema de salud. Por otro, requiere de acciones políticas de cierta envergadura que exceden el ámbito de acción del Ministerio de Salud (i.e. los temas relacionados con los aspectos salariales y del tipo de contrato de trabajo). Aún así, ello no parece enmarcarse en un plan de salud de largo plazo.
60. La representatividad está más acotada y reglamentada que en el caso de los SAMCO restringiendo, por ejemplo, la influencia de las asociaciones de prestadores.
61. En un hospital tipo de la provincia conviven -al menos- cuatro regímenes de remuneraciones: i) el mecanismo de los agentes de planta de la Provincia de Santa Fe; ii) los residentes médicos (con sobresueldos provistos desde la Universidad); iii) el personal contratado; y iv) algunos prestadores específicos que tienen contratos establecidos a nivel provincial para el desarrollo de actividades específicas (neurocirujanos, anestesistas, etc.). Cada uno de estos esquemas tiene escalas salariales propias, aunque realice -en principio- actividades similares.
62. En el esquema centralizado, el grueso de las actividades administrativas eran de corte rutinario y se referían a la remisión de datos al gobierno central; la dirección recaía en un médico cuyo principal "activo" era el conocimiento sanitario (no administrativo).
63. En el nuevo esquema, los directivos se ven recargados de actividades: a las tradicionales de corte sanitario se le suman las nuevas de corte decisional/-administrativo y estratégico. Esta adición de actividades se produce en el marco de una severa restricción presupuestaria, por lo que los agentes tienen mayor número de tareas por idéntica remuneración.
64. Con un máximo de 40 horas semanales de trabajo.
65. No es de descartar que algunos efectos microeconómicos respondan a cambios en las direcciones de los hospitales -y mejoras de gestión- que podían haberse llevado a cabo sin necesidad de un proceso de descentralización.
66. No es posible efectuar asociaciones medianamente confiables entre el perfil sociocultural de los pacientes atendidos en los hospitales analizados, las características del entorno donde se encuentran emplazados y los resultados del proceso, dada la naturaleza de las unidades examinadas. Se trata de hospitales importantes que operan incluso a nivel de toda la provincia como referentes, están instalados en la imagen pública como tales, se perciben como gratuitos y de cierta calidad prestacional, y son el centro de demandas de diversos tipos de estamentos sociales (dando pie a una cierta movilidad de los pacientes desde diversas zonas provinciales).
67. En el caso de los hospitales dependientes de la Municipalidad de Rosario, las consultas totales crecieron un 5% en 1995 y un 4% en 1994.
68. En los dos casos finales del cuadro 13, si bien no se cuenta con las cifras exactas, los entrevistados sostienen que actualmente los ingresos extrapresupuestarios oscilan entre el 10 y el 12% de los recursos presupuestarios, habiendo sido nulos a inicios de 1992.

69. Analicemos un caso hipotético. Dado un ingreso total del hospital de \$100 compuesto por 75% de presupuesto público y el resto por ingreso propio, la institución tiene una carga salarial de aproximadamente \$60 (el 80% de \$75). De los \$25 de ingresos adicionales, solamente el 30% se destina a sobresalarios, esto es \$7.5, con lo cual el incremento sobre la masa salarial total sería del orden del 12%. Si se considera que un médico estable tiene un salario del orden de los \$650 mensuales -trabajando en promedio unas 7 horas diarias en el hospital y completando sus ingresos en la actividad privada- el aumento a captar aparecería como exiguo frente a la posibilidad de los ingresos adicionales que lograría en el sector privado (i.e. el mismo sobresueldo lo puede lograr con una guardia médica mensual efectuado en un pre-pago privado).
70. En algunos casos incluso demandarían ciertas inversiones adicionales cuya magnitud no podría ser sustentada por ingresos captados por los propios hospitales. En tal caso las mejoras de eficiencia tienen un límite claro marcado por la obsolescencia edilicia y de equipos.
71. Si inicialmente la función del hospital es atender a todos por igual, la introducción de mecanismos de mercado tiende a desplazar a los indigentes. Ello replantea el tipo de actividad y la forma de organización del Ministerio de Salud, que pasa a tener un rol más cercano al contralor que al (previo) de efector.
72. Inicialmente plantea que la figura previa del médico que establecía su jerarquía con base en preminencia profesional en su actividad tiende a desplazarse (o debe ser complementada) por otro perfil donde ingresan conocimientos de administración, finanzas, etc. tanto a nivel microeconómico como del mercado de la salud en su conjunto.
73. En varios casos -como en el del Hospital de Clínicas- la captación de fondos adicionales deriva en recortes de los presupuestos públicos, con lo cual se entorpece el sistema de mejoras.
74. Aparece obviamente el problema de los agentes contratados y el peso que tienen los procesos de "tercerización" de ciertas actividades.
75. En algunas experiencias se excluyeron al personal administrativo con lo cual -como es dable de esperar- el sistema fracasó en su implementación.
76. La existencia de salas especiales, preferencia en los turnos y tratamientos adicionales, son algunas de las formas que adquieren estas dinámicas y que tienden a alejar a la entidad descentralizada de los objetivos iniciales que la sustentaron.
77. En algunos casos ello se ve facilitado por la existencia de mecanismos de capitación referidos a entidades públicas, i.e. los pensionados de la provincia de Buenos Aires, contratan los servicios capitados de un hospital descentralizado, hecho altamente variable entre unidades hospitalarias.

BIBLIOGRAFIA

- Arce H. (1993), **El territorio de las decisiones sanitarias**, Editorial Macchi, Buenos Aires.
- Badino E. (1993), **"El proceso de descentralización en la organización de salud"**, en Cuadernos Médicos Sociales, No 65/66.
- Báscolo E. (1996), **Reconfiguración del sistema de salud de Rosario**. Mimeo.
- Báscolo E. y Belmartino S. (1995), **Proceso de reconversión del sector salud en los años noventa**, Trabajo presentado en la AES Reunión Anual, Buenos Aires.
- Belmartino S. y Block C. (1994), **"El Sector Salud en la Argentina"**. OPS, Buenos Aires.
- Carciofi, R., Cetrángolo, O. y Larrañaga, O. (1996), **"Desafíos de la descentralización. Educación y Salud en Argentina y Chile"**, CEPAL, Santiago.
- Cetrángolo O. y Jiménez J. (1995), **"El conflicto en torno a las relaciones financieras entre la Nación y las provincias. Primera parte: antecedentes de la ley 23 548"**, Serie Estudios 9, Centro de Estudios para el Cambio Estructural (CECE), Buenos Aires.
- Cetrángolo O. y Jiménez J. (1996a), **"El conflicto en torno a las relaciones financieras entre la Nación y las provincias. Segunda parte: desde la ley 23 548 hasta la actualidad"**, Serie Estudios 10, CECE, Buenos Aires.
- Cetrángolo O. y Jiménez J. (1996b), **"Apuntes para el diseño de un nuevo régimen de Coparticipación Federal de Impuestos"**, Serie Estudios 13, CECE, Buenos Aires.
- CIDES (Centro Interamericano para el Desarrollo Social) (1978), **"Programa de salud para un área urbano-rural. Estudio de caso. Provincia de Neuquén"** en Cuaderno de Estudio 2, Programa de Desarrollo Social, Organización de Estados Americanos.
- Dalbo L. (1995), **"El Hospital y los Modernos Modelos de Gestión"**, Mesa Redonda en AES, Encuentro Nacional de Hospitales Públicos, Buenos Aires.

- Ferris, J. y Winkler, D. (1990), "**Agency Theory and Intergovernmental Relationships. Public Finances with Several Levels of Government**"; Proceedings of the 46o. Congress of the International Institute of Public Finance, Bruselas.
- Flood, M. C. y otros (1994), **El gasto público social y su impacto distributivo**, Proyecto ARG/93/029, Secretaría de Programación Económica, Buenos Aires.
- Fundación Isalud (1994), **Encuentro Nacional de Hospitales**, Buenos Aires.
- González Prieto G. (1995), **La experiencia del hospital de pediatría SEMIC Prof. J.P.Garraham**. Trabajo presentado en la AES, reunión Anual, Buenos Aires.
- Gorosito, J. y Heller, H. (1993), "**El sector salud de la provincia de Neuquén**" en Katz, J., op. cit.
- Henry E. (1993), **La Inserción del Hospital Público**, Seminario sobre reformas al Sistema de Salud Medicina y Sociedad, Buenos Aires.
- IEFE (1995), "**El financiamiento de la salud en los Municipios del Conurbano Bonaerense**" en Instituto de Estudios Fiscales y Económicos. Informe mensual .La PLata.
- Katz J. (1987), **El Hospital de Clínicas de la UBA**. Mimeo.
- Katz J. y Colaboradores (1993), **El Sector Salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento**, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Mera, J. (1988), **Política de salud en la Argentina. La cuestión del Seguro Nacional de Salud**, Hachette, Buenos Aires.
- Mera, J. (1989), "**Una estrategia federalista para el Seguro Nacional de Salud**" en Medicina y Sociedad, vol. 12, No. 1/2, enero-abril.
- Mills, A. (1990), "**Conceptos y problemas de la descentralización: examen general**" en Mills, A. y otros, **Descentralización de los sistemas de salud**. OMS, Ginebra.
- Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires (1961), **Reforma hospitalaria Regionalización sanitaria**, La Plata.
- Ministerio del Interior (1996), **Situación de las provincias argentinas**, Programa de Reforma Provincial, Secretaría de Asistencia para la Reforma Económica Provincial (SAREP), Buenos Aires, enero-febrero.
- Ministerio de Salud y Acción Social de Santa Fe (1992), **Ley 6 312 y modificatorias**, Santa Fe.

- Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de Santa Fe (1996), **Estadísticas Hospitalarias (Cifras Provisorias Año 1995)**, Santa Fe.
- Montes, M. (1993), "La salud en Santa Fe" en *Temas Públicos* Nro 4. Fundación Libertad, Rosario, junio.
- Municipalidad de Rosario, Secretaría de Salud Pública(1995), **Análisis Comparativo de Actividades, 1989-1995**. Rosario.
- Niklison R. y Milesi R (1996), **Optimización de las estructuras técnico administrativa de los SAMCO de la Provincia de Santa Fe**. Santa Fe, Marzo 1996. Mimeo.
- Ochoa (1995), "El Hospital Público: Crisis y perspectivas" Ponencia en AES, **Encuentro Nacional de Hospitales Públicos**, Buenos Aires.
- O'Donnell (1994), "La descentralización en los hospitales públicos. El caso del Hospital Garrahan", Buenos Aires. AES, Mesa Redonda, **Los hospitales públicos**, Buenos Aires.
- Paganini J. y De Moraes Novaes H. (1994), **El hospital público. Tendencias y perspectivas**. OPS, Washington.
- Porto A. y Sanguinetti P. (1993), "Descentralización fiscal en América Latina. El caso argentino", Serie Política Fiscal, No. 45 (LC/L.794), CEPAL, Santiago de Chile.
- Porto A. y Sanguinetti P. (1996), "Las transferencias intergubernamentales y la equidad distributiva: El caso argentino", Serie Política Fiscal, No. 88 (LC/L.977), CEPAL, Santiago de Chile.
- Presman J. (1992), "La coparticipación de impuestos: del federalismo fiscal al centralismo menemista", Serie de Estudios No. 5, CECE, Buenos Aires.
- PRONATASS (Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la República Argentina) (1994), **Normas de descentralización para establecimientos de salud**, Gobierno Argentino/BIRF/PNUD, Buenos Aires.
- Ross, S. (1973), "The economic theory of agency; the principal's problem" en **Papers and Proceedings, American Economic Review**, mayo.
- Tobar F. (1995), **Condicionantes financieros de la descentralización en el sector salud**. Trabajo presentado en la AES, reunión Anual.
- Veronelli J. (1975), "Medicina, gobierno y sociedad", Editorial El Coloquio, Buenos Aires.

SERIE REFORMAS DE POLITICA PUBLICA*

- 1 Economía y economía política de la reforma comercial colombiana. Autor: José Antonio Ocampo. Abril de 1993, (LC/L.726).
- 2 Inestabilidad macroeconómica y flujos de comercio en Argentina, 1978-1991. Autor: Adolfo Canitrot. Abril de 1993, (LC/L.732).
- 3 A political economy analysis of import tariff policy in Brazil: 1980-1988. Author: Renato Baumann. May 1993, (LC/L.733).
- 4 La reforma del régimen comercial en México durante los años ochenta: sus efectos económicos y dimensiones políticas. Autor: Jaime Ros. Abril de 1993, (LC/L.743).
- 5 Economía política de la apertura comercial chilena. Autor: Patricio Meller. Abril de 1993, (LC/L.744).
- 6 The political economy of trade and industrial policy reform in Brazil in the 1990s. Authors: Winston Fritsch and Gustavo H.B. Franco. June 1993, (LC/L.762).
- 7 Reformas tributarias en Argentina. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.763).
- 8 Reformas tributarias en Bolivia. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.764).
- 9 Reformas tributarias en Chile. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.765).
- 10 Reformas tributarias en Colombia. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.769).
- 11 Reformas tributarias en Costa Rica. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.770).
- 12 Reformas tributarias en México. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.771).
- 13 Reformas tributárias na América Latina durante os anos 80: o caso do Brasil. Autores: Sulamis Dain y Patricia Fesch Menandro. Agosto de 1993, (LC/L.772).
- 14 Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações recentes. Autora: Sônia Miriam Draibe. Septiembre de 1993, (LC/L.774).
- 15 Bolívia: desafios e possibilidades em termos de política social. Autoras: Ana Luiza D'Avila Viana y Marta T.S. Arretche. Septiembre de 1993, (LC/L.775).
- 16 Brasil: a reforma do sistema de saúde. Autoras: Ana Luiza D'Avila Viana y María Helena G. de Castro. Noviembre de 1993, (LC/L.783).
- 17 La política social en Costa Rica: panorama de sus reformas recientes. Autora: Ana Sojo. Noviembre de 1993, (LC/L.784).

* Para obtener ejemplares de los documentos de esta Serie, se puede escribir directamente a la División de Documentos y Publicaciones de la CEPAL, Casilla 179-D, Santiago.

- 18 Reformas recientes en el sector salud de Costa Rica. Autores: Ludwig Güendel G. y Juan Diego Trejos S. Enero de 1994, (LC/L.813).
- 19 La política social en Chile: panorama de sus reformas. Autores: Dagmar Raczynski y Rossella Cominetti. Enero de 1994, (LC/L.814).
- 20 Gasto social y ajuste fiscal en América Latina. Autora: Rossella Cominetti. Abril de 1994, (LC/L.819).
- 21 Las privatizaciones en la Argentina: impactos micro y macroeconómicos. Autores: Pablo Gerchunoff y Guillermo Cánovas. Abril de 1994, (LC/L.820).
- 22 Las privatizaciones de las telecomunicaciones en Argentina. Autores: G. Coloma, P. Gerchunoff y M.R. Schiappacasse. Abril de 1994, (LC/L.821).
- 23 La privatización de Aerolíneas Argentinas. Autores: G. Coloma, P. Gerchunoff y M. Olmos. Abril de 1994, (LC/L.822).
- 24 Privatización y desregulación del sector petrolero en Argentina. Autor: Pablo Gerchunoff. Mayo de 1994, (LC/L.845).
- 25 Privatización, apertura y concentración: el caso del sector siderúrgico argentino. Autores: Pablo Gerchunoff, Carlos Bozzalla y Juan Sanguinetti. Julio de 1994, (LC/L.847).
- 26 La crisis de la empresa pública, las privatizaciones y la equidad social. Autores: Robert Devlin y Rossella Cominetti. Abril de 1994, (LC/L.832).
- 27 Reseña de las reformas de políticas sociales en Colombia. Autor: Hernán Jaramillo. Julio de 1994, (LC/L.848).
- 28 La reforma de la seguridad social y las pensiones en América Latina: importancia y evaluación de las alternativas de privatización. Autor: Carmelo Mesa-Lago. Julio de 1994, (LC/L.849).
- 29 The divestiture of Telmex. Author: Inder Ruprah. November 1994, (LC/L.871).
- 30 La macroeconomía de América Latina: de la crisis de la deuda a las reformas estructurales. Autores: Mario Damill y José María Fanelli. Diciembre de 1994, (LC/L.874).
- 31 Divestiture and deregulation of public enterprises: the Mexican case. Author: Inder Ruprah. December 1994, (LC/L.875).
- 32 Privatization in Latin America: from myth to reality. Author: Graciana del Castillo. January 1995, (LC/L.880).
- 33 The privatization of Mexicana (CMA). Author: Inder Ruprah. March 1995, (LC/L.883).
- 34 Las dimensiones políticas de la reforma económica en México. Autora: Blanca Heredia. Marzo de 1995, (LC/L.885).
- 35 Las etapas de la liberalización de la economía colombiana. Autor: Andrés López Restrepo. Marzo de 1995, (LC/L.886).
- 36 Democracia, reformas económicas y gobernabilidad en Bolivia. Autor: Eduardo A. Gamarra. Mayo de 1995, (LC/L.894).
- 37 Reforma econômica, democratização e ordem legal no Brasil. Autora: Lourdes Sola. Octubre de 1995, (LC/L.910).
- 38 La experiencia de privatización y capitalización en Bolivia. Autor: Mario Requena. Agosto de 1996, (LC/L.962).
- 39 Análisis de las reformas a la Industria Eléctrica en Bolivia y Nicaragua. Autor: Fernando Cuevas. Agosto de 1996 (LC/L.961).
- 40 Bolivia: Nuevo marco regulatorio y privatización de las Telecomunicaciones. Autora: Alejandra Herrera. Agosto de 1996, (LC/L.963).

- 41 Nuevo marco regulatorio y privatización de las Telecomunicaciones en Nicaragua. Autora: Alejandra Herrera. Agosto de 1996, (LC/L.960).
- 42 La privatización en la Industria Manufacturera en Nicaragua: evidencia de estudios de caso para evaluar el impacto en la eficiencia y equidad. Autor: Rudolf Buitelaar. Agosto de 1996, (LC/L.959).
- 43 La Privatización y el marco regulatorio en Bolivia y Nicaragua: Un análisis comparativo. Autora: Rossella Cominetti. Agosto de 1996, (LC/L.973/add.1).
- 44 La economía política de la privatización en Nicaragua. Autor: Mario De Franco. Septiembre de 1996, (LC/L.986).
- 45 La reforma estructural en los sectores petrolero y eléctrico en Bolivia. Autor: Gonzalo Chávez. Septiembre de 1996, (LC/L.987).
- 46 Las dimensiones políticas institucionales de las reformas estructurales en América Latina. Autor: Juan Carlos Torres. Agosto de 1997, (LC/L.1048).
- 47 Descentralización de los servicios de salud en la Argentina. Autores: Roberto Bisang y Oscar Cetrángolo. Noviembre de 1997, (LC/L.1071).